



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**POSTGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

EFFECTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE  
LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE  
CRÓNICOS METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD “LOS ROSALES”,  
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS DESDE OCTUBRE A NOVIEMBRE  
DE 2016

**DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Autoras:** MAYORGA VILLACRÉS IVETTE PAULINA,

DUCHI USHCA GLENDA MARIBEL

**Director de Tesis:** DR. RICARDO RECALDE

**Asesor Metodológico de la Investigación:** DR. CARLOS TROYA

Santo Domingo – Ecuador 2016.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **DUCHI USHCA GLENDA MARIBEL y MAYORGA VILLACRES IVETTE PAULINA**, con C.C. 0604289678, 1714846548, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: **"EFECTO DE LA DISFUNCION SEXUAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE ASISTEN A LA CLINICA DE CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD "LOS ROSALES, SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS DESDE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2016"**, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Santo Domingo de los Tsáchilas, 7 de febrero del 2017



**DUCHI USHCA GLENDA MARIBEL**

C.C. 0604289678



**MAYORGA VILLACRES IVETTE PAULINA**

C.C. 1714846548

### **Agradecimiento**

Quiero primero agradecer a Dios por cada una de las bendiciones entregadas en mi vida.

También quiero agradecer a quienes están siempre junto a mí, mi esposo, padre, hermanas (o), gracias por su ayuda y consejos, permitiéndome ser una mejor persona día a día en mi vida personal y profesional.

Agradecimiento especial por la ayuda recibida del Doctor Ricardo Recalde, director de este trabajo de investigación quien con su paciencia supo guiar de manera correcta para culminar con esta investigación.

A Paulina y su familia por la acogida en su hogar en el transcurso de la realización de este trabajo.

Glenda Maribel Duchi Ushca

A mis hijos, por permitirme quitarles el tiempo que les correspondía; principalmente a Paúl por la aceptación, compañía y motivación para escalar profesionalmente por segunda ocasión.

A mi mamá por el recorrido diario y la ayuda con mis hijos durante estos tres años y antes.

A Glen, por haber logrado trabajar juntas y por su amistad

Al Dr. Ricardo Recalde por aceptar dirigirnos y la ayuda.

Ivette Paulina Mayorga Villacrés

## **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación se lo dedico a quienes me han acompañado en esta etapa de mi vida profesional; a mi esposo por su comprensión, apoyo incondicional y, sobre todo, su amor, a mi hijo Leandro por ser mi luz y razón de vida, a mi madre, aunque no esté presente físicamente sé que estas siempre a mi lado.

Glenda Maribel Duchi Ushca

A mi esposo por creer siempre en mí

A Paúl para seguirle demostrando el valor de la perseverancia

Ivette Paulina Mayorga Villacrés

## Índice de contenidos

<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>v</b>
<b>Índice de contenidos</b>	<b>vi</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>ix</b>
<b>Índice de gráficos</b>	<b>xi</b>
<b>Índice de anexos</b>	<b>xii</b>
<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2.3. Justificación</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo II</b>	<b>9</b>
<b>2. Marco referencial</b>	<b>9</b>
2.1. Calidad de vida	9
2.1.1. Reseña histórica	9
2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud	10
2.1.3. Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	12
2.1.4. Estudios de la calidad de vida	20
2.2. Disfunción sexual	21
2.2.1. Tipos.	22
2.2.2. Causas	22
2.2.3. Efectos	22
2.2.3.1. En el hombre	23

2.2.3.2 En la mujer	28
2.3. Disfunción sexual, sexualidad y calidad de vida	37
2.4. Familia y tipología familiar	39
<b>Capítulo III</b>	<b>43</b>
<b>Metodología</b>	<b>43</b>
3.1 Problema y objetivos	43
3.1.1. Problema	43
3.1.2. Objetivo general	43
3.1.3. Objetivos específicos	43
3.2. Hipótesis	43
3.3. Población y muestra	44
3.4. Criterios de inclusión	44
3.5. Criterios de exclusión	44
3.6. Instrumentos de recolección de información	45
3.6.1. Cuestionario de Función Femenina FSM (Anexo 2)	45
3.6.2. Cuestionario de valoración sexual masculina Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), (Anexo 3)	47
3.6.3. Viñetas COOP/WONCA (Anexo 4)	47
3.7. Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos	48
3.7.1. Codificación.	48
3.7.2. Tabulación	48
3.7.3. Graficación	48
3.7.4. Análisis de datos	48
<b>Capítulo IV</b>	<b>50</b>
<b>4.1. Resultados</b>	<b>50</b>
4.1.1. Variables Sociodemográficas	50
4.1.2. Pruebas de hipótesis	58

<b>Capítulo V</b>	<b>69</b>
<b>Discusión</b>	<b>69</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>74</b>
<b>Fortalezas</b>	<b>74</b>
<b>Limitaciones</b>	<b>74</b>
<b>Recomendación</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>77</b>
<b>Anexos</b>	<b>91</b>



## Índice de tablas

Tabla 1: Distribución de variables demográficas en los pacientes con diabetes tipo 2 del Centro de Salud “Los Rosales” .....	52
Tabla 2 Disfunción sexual femenina por dominios en las pacientes diabéticas tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”	56
Tabla 3 Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de crónico Metabólicos.....	57
Tabla 4: Prevalencia de Disfunción Sexual y Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales.....	58
Tabla 5: Prueba de hipótesis entre variables demográficas y disfunción eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales.....	59
Tabla 6: Prueba de hipótesis entre la edad >61 años/<61 año y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales Oct-Nov 2016.....	60
Tabla 7: Prueba de hipótesis entre el de diagnóstico Diabetes más Hipertensión/Diabetes y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales.....	61
Tabla 8: Prueba de hipótesis entre tener más de 10 años de diagnóstico de diabetes y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales” .....	62

Tabla 9: Prueba de hipótesis entre tener no tener pareja estable y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”.	
.....	63
Tabla 10: Prueba de hipótesis entre ningún nivel de escolaridad/escolaridad y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”	
.....	64
Tabla 11: Estimación de Riesgo para Mala Calidad de Vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”	
.....	65
Tabla 12: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”.	
.....	67
Tabla 13: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Sexual Femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”	
.....	68

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> Modelo Ilustración 1Modelo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Wilson & Cleary Calidad de Vida Relacionada con la Salud Wilson & Cleary.....	12
<b>Gráfico 2:</b> Datos descriptivos de edad en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” .....	50
<b>Gráfico 3:</b> Datos descriptivos de edad en relación al sexo en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” .....	51
<b>Gráfico 4:</b> Datos descriptivos del tiempo de diagnóstico en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” .....	53
<b>Gráfico 5:</b> Disfunción sexual masculina en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” .....	54
<b>Gráfico 6:</b> Disfunción sexual femenina en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales” .....	55
<b>Gráfico 7:</b> Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales” .....	67
<b>Gráfico 8:</b> Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Sexual Femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales” .....	68

## Índice de anexos

<i>Anexo 1: Operacionalización de las variables.</i> .....	91
<i>Anexo 2: Cuestionario evaluador de a Función Sexual de la Mujer –FSM</i> .....	96
<i>Anexo 3: Índice Internacional de Función Eréctil IIEF-5</i> .....	99
Anexo 4: Viñetas COOP/WONCA .....	101
Anexo 5: Consentimiento Informado .....	102
Anexo 6: T de Student de Calidad de Vida y Edad .....	108
Anexo 7: T de Student de Calidad de Vida y Sexo .....	109
<i>Anexo 8: T de Student de Calidad de Vida y Diagnóstico</i> .....	110
Anexo 9: T de Student de Calidad de Vida y Años de Diagnóstico y .....	111
Anexo10: T de Student de y Calidad de Vida y Estado Civil .....	112
Anexo 11: T de Student de Calidad de Vida y Escolaridad .....	113
Anexo 12: T de Student de Calidad de Vida y Disfunción Eréctil .....	114
Anexo 13: T de Student de Calidad de Vida y DSF- Deseo .....	115
Anexo 14: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Excitación .....	116
Anexo 15: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Lubricación .....	117
Anexo 16: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Orgasmo .....	118

Anexo 17: T de Student de Problemas de Penetración Vaginal.....	119
Anexo 18: T de Student de Calidad de Vida y DSF- Ansiedad Anticipatoria.....	120
Anexo 19: Estimación de riesgo de edad y calidad de vida.....	121
Anexo 20: Estimación de riesgo de Sexo y Calidad de Vida.....	122
Anexo 21: Estimación de Riesgo de Diagnóstico y Calidad de Vida.....	123
Anexo 22: Estimación de riesgo de Años de diagnóstico y Mala Calidad de Vida.	124
Anexo 23: Estimación de riesgo de Nivel de Escolaridad y Mala Calidad de Vida.	125
Anexo 24: Estimación de riesgo para Estado Civil y Mala Calidad de Vida .....	126
Anexo 25: Estimación de Riesgo de Disfunción Eréctil y Mala Calidad de Vida...	127
Anexo 26: Estimación de Riesgo de DSF-Deseo y Mala Calidad de Vida .....	128
Anexo 27: Estimación de Riesgo de DSF-Excitación y Mala Calidad de Vida .....	129
Anexo 28: Estimación de Riesgo de DSF-Lubricación y Mala Calidad de Vida ....	130
Anexo 29: Estimación de Riesgo de DSF-Orgasmo y Mala Calidad de Vida.....	131
Anexo 30: Estimación de Riesgo de Problemas con la Penetración y Mala Calidad de Vida.....	132
Anexo 31: Estimación de Riesgo de DSF-Ansiedad Anticipatoria y Mala Calidad de Vida.....	133

## Resumen

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, repercutiendo en la actividad sexual y Calidad de Vida, por lo que se analizó esta relación.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 entre las edades de 30 a 81 años, en el Centro de Salud Los Rosales; la recolección de los datos se realizó con la aplicación del test IIEF-5, FSM para evaluar Disfunción Sexual en hombre y mujeres, la calidad de vida con viñetas COOP/WONCA, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v23.0.

**Resultados:** Se encuestó 127 mujeres y 57 hombres, el 68,5% presentaron disfunción sexual femenina y el 85,96% presentaron Disfunción Eréctil. Los factores de riesgo para la mala Calidad de Vida fueron la edad mayor de 61 años (OR: 1,731, IC: 0,963-3,111), el sexo femenino (OR: 1,41, IC: 0,749-2,656), tener más de 10 años de diagnóstico (OR: 1,239, IC: 0,443-1,426), todos los dominios de la función sexual femenina excepto el Deseo son factores de riesgo para una mala Calidad de Vida. La Disfunción Eréctil es estadísticamente significativa ( $t=0,006$ ), sin embargo esto se comprobó mediante t de student, pero no se pudo comprobar con el OR ni el IC 95%.

Palabras claves: diabetes mellitus tipo 2, disfunción sexual, calidad de vida

**Abstract**

Diabetes is one of the most prevalent chronic diseases, affecting sexual activity and Quality of Life, which is why this association was analyzed.

**Method:** A cross-sectional descriptive study was performed in patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus between the ages of 30 and 81 at the Los Rosales Health Center; The data collection was performed with the application of the IIEF-5 test, FSM to evaluate Sexual Dysfunction in men and women, quality of life with COOP / WONCA vignettes, statistical analysis was performed with the SPSS v23.0 program.

**Results:** Thirty-seven women and 57 men were surveyed, 68.5% had female sexual dysfunction and 85.96% presented Erectile Dysfunction. The risk factors for poor quality of life were age greater than 61 years (OR: 1.731, CI: 0.963-3.11), female sex (OR: 1.41, CI: 0.749-2.656), have more than 10 Years of diagnosis (OR: 1,239, CI: 0,443-1,426), all domains of female sexual function except Desire are risk factors for poor quality of life. Erectile Dysfunction was statistically significant ( $t = 0.006$ ), but this was verified by t-student`s, but could not be verified with the OR and 95% CI.

**Key words:** Diabetes mellitus type 2, sexual dysfunction, quality of life

## Capítulo I

### Introducción

La disfunción sexual es una importante preocupación para las personas con diabetes. Las causas implicadas en este tipo de trastorno son: la enfermedad neurológica periférica, insuficiencia vascular y quejas psicológicas. (Ersilia Satta, 2014)

La incapacidad para lograr y mantener una erección suficiente para una relación sexual satisfactoria es un síntoma preocupante, y común, que afecta a un tercio de los hombres adultos. La prevalencia de la disfunción eréctil (DE) aumenta con la edad y es común en hombres con enfermedades sistémicas como la hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca o diabetes mellitus. (McCulloch, 2014)

La mayor parte de las investigaciones sobre función sexual y diabetes se ha centrado en los varones, el funcionamiento sexual de las mujeres ha recibido una atención considerablemente menor. (Robertson, 2011)

La disfunción sexual femenina (DSF) ha sido descrita en mujeres diabéticas desde los años ochenta, los trastornos reportados en las mujeres diabéticas incluyen la reducción o pérdida de interés o el deseo sexual, excitación o lubricación difíciles, la dispareunia y la pérdida de la capacidad para alcanzar el orgasmo. DSF se define como un trastorno del deseo sexual, la excitación, el orgasmo y / o un dolor sexual. (Ersilia Satta, 2014)

Se encontró una asociación entre el DSF y una variedad de otros parámetros de calidad de vida, tales como componentes mentales y físicos. Complicaciones de la diabetes también pueden afectar a la salud, el estado civil, la calidad de vida y la propia imagen de una mujer, lo que genera un círculo vicioso que puede tener efectos perjudiciales sobre el rendimiento sexual (Ersilia Satta, 2014)



La patogénesis de la DSF en la diabetes es compleja, y los estudios actuales aún no se han aclarado todas las vías patológicas implicadas; estos estudios están limitados por el pequeño tamaño de la muestra, la falta de definiciones estandarizadas de la disfunción sexual, y la caracterización inadecuada de la diabetes, especialmente en relación con el control glucémico, sus complicaciones, y la presencia de depresión. En contraste con lo que se describe en los hombres, la función sexual femenina parece estar más relacionado con los componentes sociales y psicológicos que a la consecuencia fisiológica de la diabetes. (Enzlin P, 2003). En conclusión, problemas psicológicos pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo de la DSF, tanto en diabetes tipo 1 como tipo 2.

Esto está en concordancia con la naturaleza compleja de la sexualidad femenina, que depende en gran medida de factores psicológicos y culturales, incluso más que la sexualidad masculina (Ersilia Satta, 2014).

La calidad de vida relacionada con la salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1994 como la "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

La DE es un problema de salud importante que afecta a la calidad de vida de millones de personas. Está ampliamente documentada la relación proporcional entre la edad y la probabilidad de experimentar DE y su magnitud. En los últimos 10 años, la evaluación de la calidad de vida asociada con la salud (CDV-AS) adquirió importancia en el estudio de la salud de individuos y poblaciones, calidad de la atención médica y eficacia de las intervenciones en salud pública. En la actualidad, no sólo importan los aspectos tradicionales de la enfermedad, sino también otras dimensiones que tienen que ver con el funcionamiento físico, social y emocional, que consideran la satisfacción y bienestar del paciente en relación con su CDV-AS (Ángel Celada Rodríguez P. J., 2010)

Un estudio realizado en España con una muestra de 179 hombres y aplicado un test de satisfacción con la vida demostró que la DE afecta significativamente a la vida sexual, situación económica, y está próxima a la significación en vida general y vida laboral. (Ángel Celada Rodríguez P. J., 2010)

Algunos estudios demuestran que puede irrumpir seriamente en la estabilidad de una pareja, provocando infidelidad del cónyuge, separación o divorcio. (Dra. Claudia Edith Gaspar Ramón, 2013)

### 2.3. Justificación

Según un estudio presentado en Santiago de Chile, un 56.8% de las mujeres latinoamericanas de entre 40 y 59 años padecen disfunciones sexuales.

Los peores niveles se registran en Quito (98.5%), Montevideo (94.5%), las bolivianas Santa Cruz (87.9%) y Cochabamba (86.3%), Buenos Aires (79.5%), Lima (71.8%), Bogotá (58.3%) y Guayaquil (55.2%). (Agencia, 2009)

En un estudio en España, dependiendo de la definición utilizada y del diseño del estudio, la prevalencia de disfunción sexual en hombres varía entre el 10 y el 52%, en particular en hombres entre 40 y 70 años, con una incidencia en occidente de 25-30 nuevos casos por 1000 habitantes y año. (Rafael Prieto Castro, 2010)

Se ha escogido la población diabética ya que tanto hombres como mujeres diabéticas tienen mayor riesgo de padecer disfunción sexual debido a que esta patología induce daños endoteliales, vasculares, neuropáticos, hormonales; en diversos estudios se observa alta prevalencia de disfunción sexual comparados con personas que no padecen de diabetes. Se ha difundido la alta prevalencia de la diabetes a nivel mundial y que tiene proyecciones a aumentar la incidencia en los próximos años. De acuerdo a un informe de OPS/OMS en Ecuador, en 2014 según la encuesta ENSANUT, la prevalencia Diabetes en población de 10 a 59 años es de 1.7%, la cual se incrementa a partir de los 30 años de edad. A los 50 años uno de cada diez ecuatorianos tiene diabetes.

En cuanto al costo económico que implica la disfunción sexual, hay un informe que la carga es de 53 millones de euros al año en términos de costes directos y pérdida de productividad. Algunos sugieren aumento de la disfunción sexual femenina asociada a la disfunción sexual de su pareja, además de las dificultades interpersonales

significativas. Una estimación del Reino Unido de la carga económica de las disfunciones sexuales femeninas demostró que el coste medio por paciente fue más alto que el costo por año de la disfunción eréctil. La carga de las disfunciones sexuales es poco apreciada y no se ha estudiado, sin embargo, es significativo tanto para los pacientes y la sociedad. (Balon, 2015)

La DE según la Organización Mundial de la Salud la reconoce como un problema de salud con el mismo grado de discapacidad y gravedad que la artritis reumatoide y el angor cardíaco, siendo este un motivo para realizar esta investigación. (Ángel Celada Rodríguez P. J., 2012;) Al incidir altamente en la calidad de vida y además ser un indicador de patología subyacente grave, a pesar que no representa un riesgo vital, es una entidad que debemos considerar y prestar interés en la consulta de Atención Primaria, ya que sigue siendo infra diagnosticada debido al miedo y vergüenza al consultar; lo que es penoso porque en la mayoría de los casos tiene manejo médico favorable; con el precedente del estudio los pacientes podrán ampliar su campo de visión acerca de sus complicaciones, sus inquietudes, sus molestias; el personal de salud también creará una cultura de ver al paciente en sus esferas bio-psico-social y podrá implementar una intervención en el individuo, mejorando su calidad de vida, sobre todo en los aspectos físicos, de vida afectiva y de pareja.

Al conocer mejor el tema se podrá recomendar estrategias para mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

El valor teórico de este estudio será profundizar los conocimientos empíricos acerca de la disfunción sexual en pacientes que participan de un programa de enfermedades crónicas, además ayudará a entender de manera local el constructo de calidad de vida que está cuestionando el enfoque de la medicina en la actualidad. Posteriormente debemos asumir que se creará una línea base para futuros estudios, tomando en cuenta que no se ha realizado en nuestra población y podremos correlacionar con resultados en

otro tipo de población.

Metodológicamente se validará la escala de calidad de vida de la COOP/WONCA en una población del Ecuador, lo cual ayudará a mejorar el desarrollo de estas herramientas.

## Capítulo II

### 2. Marco referencial

#### 2.1. Calidad de vida

##### 2.1.1. *Reseña histórica*

La evolución conceptual de Calidad de Vida inicia cuando Aristóteles relaciona a la “buena vida” con “ser feliz” como lo mismo, siendo esta última, materia de controversia, al considerarla como significado de diferentes cosas para cada persona en un momento determinado. (Fernández-mayoralas, Investigación, Fernández, & Pérez, 2005), (Schwartzmann, 2003).

El concepto de calidad de vida se remonta a los Estados Unidos, posterior al desequilibrio socioeconómico procedentes de la Gran Depresión de los años 30, como una prueba de los investigadores de la época para saber la percepción de las personas si tenían una buena vida o si se sentían económicamente seguras, que se instaura tras la Segunda Guerra Mundial.(Cardona & Agudelo, 2005), (Urzúa, 2012).

El uso extendido y académico es a partir de los años sesenta teniendo antecedentes de problemas político y social, los científicos socialistas inician investigaciones asociados con la Calidad de Vida recopilando información y datos objetivos como el nivel socioeconómico, educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, por la poca capacidad de explicar la varianza en la calidad de vida individual.(Fernández-mayoralas et al., 2005), (Urzúa, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa a la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, criterios y

preocupaciones, todo ello mediado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias propios. (Cardona-Arias & Higuaita-Gutiérrez, 2014, p. 177)

Esta definición demuestra la subjetividad y las dimensiones en cada uno de los ámbitos de la vida, valorando la parte biopsicosocial, espiritual, teniendo en cuenta la percepción de satisfacción de la vida en general y lo que esto genera en las facetas de cada una de las personas, determinada por su estado mental al momento de la evaluación

### ***2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud***

La Calidad de vida relacionada con la salud se dio a conocer en los años ochenta, lo cual se relacionó con cambios en los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que empezaron a evidenciarse drásticamente en algunos países desarrollados lo que llevó al incremento de la esperanza de vida y la aparición de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez más altos en sus habitantes. A partir de esto surge la terminología “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS) para realizar investigaciones en las que se estudiaba la Calidad de Vida de las poblacionales con algún nivel de limitación de las facultades físicas como resultado de la cronificación de algunas enfermedades y/o accidentes. (Carvajal, Velandia, & Especialista, 2014).

“Patric y Erickson (1993) definen la Calidad de Vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificando por los impedimentos, estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales que se ven influenciadas por la enfermedad, lesión, el tratamiento o la política”. (Megari, 2013, p. 141).

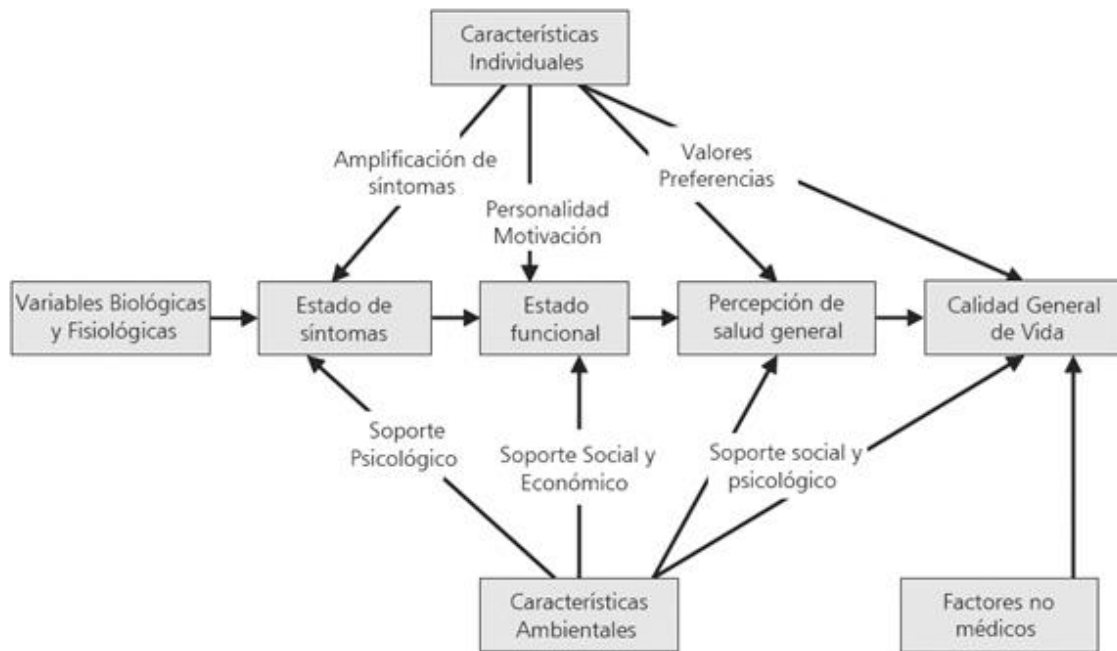
Este enunciado corrobora la importancia de la parte funcional y la satisfacción individual para ser catalogado como una buena calidad de vida, teniendo en

cuenta lo que cada uno cree que es ideal, asumiendo experiencias personales y su estado de salud en el momento de la investigación.

En 1995 Wilson y Cleary, presentan un nuevo modelo que podría mejorar el entendimiento de la definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, posterior al análisis de modelos anteriores los cuales no incluyen todas las variables para poder ser analizados en su totalidad, teniendo en cuenta que esta definición tiene causas y efectos multidimensionales. Este modelo incluye dos líneas integradoras dentro del marco de la salud, uno desde la línea clínica, la cual se enfoca en los agentes etiológicos, procesos patológicos, resultados fisiológicos y clínicos, la otra línea basada en las ciencias sociales, la cual se centra en el funcionamiento y bienestar social (Figura 1).

Estas líneas integradoras confluyen en cinco niveles diferentes, los mismos que son utilizados en diferentes poblaciones y patologías. Definiciones anteriores de este nuevo modelo de concepto corroboran que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud depende o está en estrecha relación con el estado funcional, la percepción del estado de salud y la calidad de vida en general. (Megari, 2013), (Urzúa, 2012).





**Gráfico 1.** *Modelo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Wilson & Cleary* *Calidad de Vida Relacionada con la Salud Wilson & Cleary.*

Respecto a la Calidad de Vida varios autores indican que se debe diferenciada de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud debido a que en el campo de la medicina se necesita mantener investigaciones y seguir valorando los cambios como resultados de intervenciones médicas.

### **2.1.3. Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

Al ser considerado difícil la definición de Calidad de Vida por ser multidimensional se analizará al menos cinco grandes dominios presentados por la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta que pueden ser modificados por circunstancias de cada uno de los individuos.

## **FÍSICO**

### **Dolor y malestar**

El dolor mayor de 3 meses es definido como crónico por la Asociación Internacional para Estudios de Dolor, con una prevalencia aproximada del 11% al 64% en la población en general. El dolor crónico es un problema de salud pública por sus efectos significativos sobre la salud física, psicológica, la estabilidad económica y las repercusiones que ello implican. (Morlion, Clemens, & Dunlop, 2015), (Inoue et al., 2015), (Häuser et al., 2014).

Un estudio realizado en Japón en 2011, determina que las personas que padecen de dolor crónico tienen puntuaciones considerablemente más bajas en la medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, por la discapacidad que causa. Dependerá de la historia natural, la etiología y el impacto del dolor sobre cada individuo y su percepción para determinar la Calidad de Vida. (Inoue et al., 2015), (Fenlon, Powers, Simmonds, Clough, & Addington-Hall, 2014).

En este parámetro se analizará los efectos desagradables de antecedentes físicos vividos, la capacidad para controlar y lograr el alivio del dolor. El efecto del dolor sobre la Calidad de Vida dependerá de la tolerancia y el temor que este cauce. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Una de las complicaciones mayores de la Diabetes Mellitus tipo 2 es la neuropatía diabética, afectando aproximadamente el 45-50% de quienes la padecen, de ellos el 30% son neuropatías periféricas sensoriomotoras dolorosa. El dolor es la razón de un 40% de las visitas de pacientes en centros de atención primaria, y alrededor del 20% de estos han tenido dolor durante más de 6 meses, pudiendo llegar a ser incapacitantes. Se relaciona

además con incremento de la morbilidad y mortalidad. (Rota & Morelli, 2016), (Vinik & Casellini, 2013)

### **Sueño y descanso**

Dormir es un período en el que la interacción del organismo con su medio ambiente se pierde temporalmente, en parte y periódicamente se debe a los diferentes estímulos reversibles y de severidad. Durante el sueño, todos los sistemas del cuerpo experimentan cambios. La falta de sueño puede ser identificado con: la dificultad para conciliarlo y mantenerlo, despertar temprano, la aparición de uno o más causas de disminuciones en la calidad del sueño y la restauración la calidad del sueño en los casos crónicos. Estos problemas dan lugar a incapacidades en la función durante el día.

Uno de los problemas de trastornos del sueño están estrechamente relacionados con disminución de la calidad de vida, cambios de los estados mentales, y aumento de la mortalidad; está relacionado con las circunstancias individuales o con el medio en donde se desenvuelve. (Simonelli et al., 2013), (Sariarslan, Gulhan, Unalan, Basturk, & Delibas, 2015), (Organización Mundial de la Salud, 2000).

## **PSICOLÓGICO**

### **Sentimientos**

El mismo hecho de que una persona sea diagnosticada como diabética trae consigo emociones y sentimientos depresivos, pues existe una correlación positiva entre la aceptación y autodomínio de la enfermedad, toda vez que los estudios demuestran que el 60% de personas clínicamente declaradas diabéticas tienen reacciones emocionales negativas. (Cano, 2016)

Cabe destacar que un diabético es una persona que tiene sentimientos al igual que cualquier otra, sólo que hay enfermos que aprenden a vivir con las emociones positivas como el amor, el deseo, el respeto, la amistad, la alegría, etc., pero hay otro grupo de diabéticos que se dejan morir y dejan fluir las emociones negativas, como la tristeza, la inseguridad, el temor y miedo al desamparo y rechazo de los demás, pues según estudios más del 40% de personas con diabetes no gozan de bienestar psicológico, pues viven con emociones negativas lo que contribuye a que su enfermedad empeore y no les deje tener una buena calidad de vida. (Violante, 2013)

### **Autoestima**

La autoestima se define como el sentido de valoración y aceptación de un individuo. Una persona con alta autoestima se evalúa positivamente y se comunica de manera eficiente con otras personas. La autoestima se compone de dos partes relacionadas; el primero es el sentimiento de confianza en sí mismo en el manejo de problemas de la vida y la creencia en la propia capacidad y la segunda parte incluye la creencia de ser merecedor de éxito y felicidad y que tiene respeto de sí mismo. Los pacientes con baja autoestima suelen centrarse en sus puntos negativos y pasan menos tiempo pensando en sus aspectos positivos. Sin embargo, es necesario identificar sus fortalezas y débiles.

La autoestima tiene un papel importante en la calidad de vida de las personas las que dependen en gran medida de cómo se desempeñan en el trabajo o en el hogar, o cómo los ven y son tratados por los demás y la presencia o no de patologías. Investigaciones sugieren que las personas con alta autoestima tienen una calidad de vida más deseable y los que tienen menores autoestimas tienden a tener más problemas en la adaptación al proceso de la vida, que a su vez puede afectar su calidad de vida y su nivel de satisfacción con la vida.

La baja autoestima lleva a la sensación de fracaso, la insatisfacción del papel de uno en la sociedad, la insatisfacción de la calidad de vida, y las habilidades interpersonales deterioradas y en las interacciones sociales. (Hemati & Kiani, 2016), (Heidari & Ghodusi, 2016) (Organización Mundial de la Salud, 2000).

## **GRADO DE INDEPENDENCIA**

### **Actividades de la vida diaria**

La diabetes no impide que los enfermos continúen con sus actividades de la vida diaria, así un atleta con esta enfermedad practica su deporte favorito, corre, juega fútbol, pues el tener diabetes no impide disfrutar de las cosas buenas de la vida, tampoco debe privarse de unas vacaciones en la playa, sólo se debe estar pendiente de medir el nivel de glucosa, no ingesta de medicamentos sin prescripción. (American Diabetes Association, 2016)

En el sexo, la diabetes es un verdadero problema tanto para el hombre como para la mujer debido al manejo de niveles de glucosa en la sangre y cuando la enfermedad se vuelve crónica provoca trastornos en la vagina en la mujer y la disfunción eréctil en el hombre, situación que puede causar pérdida de deseo sexual tanto en la diabetes tipo 1 como en la 2, pues los estudios demuestran que afecta a un 50% de hombres y 25% de las mujeres y pueden experimentar algún tipo de problema sexual o disminución del deseo sexual como consecuencia de la diabetes. (Hernández, 2016)

## **RELACIONES SOCIAL**

### **Apoyo social**

El apoyo social es la compleja red de cómo una persona obtiene, da información y ayuda, así como satisface sus necesidades emocionales, valora además el

apoyo que siente una persona por parte de sus redes de apoyo, en especial hasta qué punto podrá contar con dicho apoyo en momentos de crisis.

Berkman y Glass en 2014 propusieron un modelo conceptual de la influencia de las redes sociales y el apoyo al estado de salud, reconociendo que las redes sociales individuales dependen del contexto social y cultural en el que se desenvuelven las personas. Por ende, el impacto de las relaciones sociales sobre diversos indicadores de la salud y el bienestar parece variar dependiendo de la naturaleza y calidad de las relaciones sociales (por ejemplo, familia, amigos y otras redes sociales). Recientes investigaciones en los Estados Unidos sugiere que el apoyo social de amigos se convierte en un importante predictor de la salud percibida entre los adultos mayores para quienes parece ser mucho más importante el apoyo de sus familiares.

Sugieren además que en poblaciones específicas el aumento de apoyo social hace que significativamente mejore la Calidad de Vida de las personas, dando una mejor supervivencia, menor cuadros de depresión y mejor cumplimiento de la toma de medicación en caso de requerirlo; estas pueden variar dependiendo de valores, así como de normas sociales de cada región y país. Mientras más pobre sea el apoyo social se ha relacionado con mayor mortalidad, disminución en la Calidad de Vida y el incremento de hospitalizaciones. (Behzadifar, 2016), (Ibrahim, Teo, Din, Gafor, & Ismail, 2015), (Ke, Liu, & Li, 2010), (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Dada la compleja naturaleza de la diabetes, generalmente requieren controles médicos y cuidados personales complejos para prevenir complicaciones, la evidencia sugiere que el apoyo social es importante para la aceptación y el mantenimiento de las medidas de cuidados en el manejo.

Aunque todavía es objeto de debate, los niveles más altos de apoyo social a menudo se asocian con un mejor control glicémico, el aumento de conocimiento, el aumento de la adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida. El apoyo social es un aspecto crítico de la prevención y la sensibilización de la enfermedad. Además, es beneficioso en la aceptación del diagnóstico, ajuste emocional, disminuir el estrés. Por el contrario, la falta de apoyo social se ha asociado con un aumento de la mortalidad y las complicaciones relacionadas con la diabetes. (Nicklett, Heisler, Spencer, & Rosland, 2013) (Ootim, 2001) (Lin & Scott, 2012).

### **Actividad sexual**

La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida humana, y es consecuencia de las interacciones de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede incluir todos estos aspectos, no se requiere que experimenten ni se expresen todos. La sexualidad se expresa en como pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La actividad sexual y el placer se considera componente importante de las dimensiones de la Calidad de Vida, sobre todo de las dimensiones físicas y psicológicas. La OMS considera que el deseo y placer sexual es un derecho humano básico. El ser humano nace como seres sexuados y atraviesa distintas etapas, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez en las que desarrolla su propia sexualidad, que lo acompañará de por vida.

La relación sexual es un fenómeno complejo, influenciado por factores cardiovasculares, nervioso y hormonal, así como las características biológicas de los

individuos, las relaciones interpersonales, las tradiciones establecidas en las familias y las sociedades, culturas y religiones.

Como resultado de la relación sexual el orgasmo libera endorfinas, que producen relajación y bienestar, mejora el sistema inmunológico, el estado de ánimo, refuerza la autoestima especialmente en el varón, disminuye la irritabilidad y la agresividad. (Endocrinol, Carlos, Mestre, & Puig, 2000) (Jamali, Rahmanian, & Javadpour, 2016), (Strizzi et al., 2015), (PAHO/WHO, 2000).

Entre los hombres, la diabetes es un factor de riesgo reconocido para la disfunción sexual, en investigaciones previas se ha documentado de un riesgo de tres veces más elevado de disfunción eréctil en los hombres diabéticos frente a no diabéticos. Entre las mujeres, el efecto de la diabetes sobre la función sexual es poco conocida, con muy poca investigación para examinar si las tasas de actividad sexual o disfunción sexual difieren en los diabéticos en comparación con mujeres no diabéticas o la identificación de factores de riesgo para la disfunción sexual en las mujeres diabéticas. (Copeland et al., 2012)

Existe una estrecha relación entre la insatisfacción sexual con cuadros de violencia intrafamiliar, el alcoholismo y divorcios, perturbando además otros ámbitos de la vida como el trabajo, los hijos y los estudios. (García, 2016)

## **MEDIO**

### **Recursos financieros**

Los recursos económicos son considerados uno de los elementos significativos dentro de los factores sociales determinantes de la salud de las personas, los cuales tienen un papel importante sobre su estado de salud y la calidad de vida.



En este parámetro se valorará la percepción del efecto de los recursos financieros sobre las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable.(Behzadifar, 2016), (Organización Mundial de la Salud, 2000).

#### ***2.1.4. Estudios de la calidad de vida***

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud generó la incorporación de métodos para su evaluación en la consulta de atención primaria ya que esto permite varios objetivos y es donde radica la importancia de su estudio

- Valorar el estado global del paciente
- Detectar necesidades que pueden permanecer ocultas durante la consulta
- Control del progreso de la enfermedad y tratamiento.
- Favorece en la toma de decisiones clínicas.
- Contribuye a mejorar la relación médico-paciente

Existen otra razón según Lizan para medir y estudiar la CVRS que es documentarla en las diferentes poblaciones con sus características sociodemográficas. Bajo estos puntos de vista, la calidad de vida se ha transformado en uno de los objetivos principales del cuidado de la salud y el tratamiento. Sin embargo, su uso es limitada, se presume que, por no conocer de su existencia, por la sobrecarga laboral, o por falta de convencimiento de parte de los médicos sobre su provecho en la atención y el restablecimiento en los pacientes. (Piñol Jané, 2004)

Para realizar los estudios de la calidad de vida se han realizado varios test, de los cuales el Cuestionario de láminas COOP-WONCA es un instrumento que originalmente fue realizado por médicos de Estados Unidos de atención primaria que se dedicaron a investigar este ámbito, el cual se denominó COOP, sin embargo debido al tiempo

que tardaba en aplicar dicho test y en busca de un cuestionario que sea de mejor utilidad en la consulta diaria, desarrollaron un test suprimiendo ciertos aspectos como apoyo social y la calidad de vida, dejando como opción la escala del dolor; y se dejó la escala de dolor como opcional.

Se disminuyó el tiempo de referencia a 2 semanas de las 4 semanas originales. El nuevo instrumento lo denominaron COOP/WONCA para diferenciarlo del original. (Piñol Jané, 2004)

Diferentes estudios han validado su uso y traducción al español, se ha utilizado en diversas investigaciones principalmente donde involucre pacientes con patologías crónicas; en España se ha empleado en pacientes de atención primaria, en familiares cuidadores de pacientes con Alzheimer, mujeres embarazadas, personas con adicción a las drogas.

Según Lizan y Reig, las láminas o viñetas de COOP/Wonca poseen alfa de Cronbach de 0,82 para 9 ítems y una estructura unifactorial para 6,7 de 9 ítems. El resultado se obtiene de sumar cada una de las viñetas indicando puntuaciones más altas peor capacidad funcional en el ítem evaluado. No tiene establecido un punto de corte de normalidad ni graduación de la medida (Solís Urbano, 2014) (Piñol Jané, 2004)

## **2.2. Disfunción sexual**

Las disfunciones sexuales son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.

### **2.2.1. Tipos.**

Hay varios tipos de desórdenes sexuales que afecten a mujeres y a varones. Los ejemplos de la disfunción sexual masculina incluyen la disfunción eréctil, desórdenes del orgasmo/de la eyaculación, y las erecciones dolorosas (priapismo). Los problemas sexuales que afectan a mujeres incluyen la baja del interés, orgasmo que alcanza con dificultad, los pensamientos negativos, sequedad vaginal y tensión que causan dolor durante el sexo.

Algunas de las categorías principales de la disfunción sexual incluyen:

- Desórdenes del deseo Sexual
- Desórdenes del Despertar
- Desórdenes del Orgasmo
- Desórdenes Sexuales del dolor. (Sally, 2014)

Según (Rubio y Díaz, 2016), manifiestan que, en la disfunción sexual, se puede encontrar cuatro características: 1) Procesos de naturaleza erótica; 2) Procesos que se consideran indeseables; 3) procesos que se presentan en forma recurrente y persistente; 4) se presentan en la práctica clínica en forma de síndromes. Se destaca que las disfunciones sexuales deben entenderse como síndromes por la multitud de procesos etiopatogénicos.

### **2.2.2. Causas**

Las causas de la disfunción sexual pueden ser de varios orígenes y pueden variar de acuerdo al sexo y se desarrollarlas separadamente en los efectos.

### **2.2.3. Efectos.**

### 2.2.3.1. En el hombre

#### - FUNCIÓN ERÉCTIL

La disfunción eréctil es un problema sexual frecuente que incrementa con la edad, se define como la incapacidad para lograr o mantener una erección suficiente que permita una actividad sexual satisfactoria. Los hombres que experimentan un cambio en su capacidad para lograr una erección podría no reconocer de inmediato que la disfunción eréctil es un problema. La calidad de las erecciones de los hombres se deteriora gradualmente con el tiempo. El estigma o vergüenza de tener síntomas de disfunción eréctil puede conducir a la negación del problema.

Factores de riesgo para Disfunción Eréctil

1. **Edad.** - La prevalencia de disfunción eréctil aumenta en proporción a la edad. De acuerdo al Comité Internacional de consultas para medicina sexual la prevalencia de la disfunción eréctil fue de 1% -10% en los hombres menores de 40 años, 2% y el 9% de los hombres entre 40 y 49 años, y se incrementó al 20% -40% de los hombres entre 60 y 69 años, alcanzando la tasa más alta en los hombres mayores de 70 años (50% -100%).

2. **Diabetes.** - El riesgo de disfunción eréctil completa es tres veces mayor en los pacientes diabéticos y es una de sus principales complicaciones en el hombre. Las tasas de prevalencia van del 35% al 90%. Además, los hombres diabéticos tienden a desarrollar disfunción eréctil 10 a 15 años antes que el paciente promedio. Estos pacientes presentan disfunción eréctil más grave y sufren una mayor disminución en la calidad de vida relacionada con la salud.

Además, la duración de la diabetes, el nivel de la glucosa en ayunas, y el nivel de HbA1c se asocia con la severidad de la disfunción eréctil. Las complicaciones crónicas de cambios macrovasculares, microvasculares, neuropatía, y la

disfunción endotelial aumentan las probabilidades de que un hombre diabético desarrolle disfunción eréctil. Las especies reactivas de oxígeno generadas como resultado de la hiperglucemia afectan múltiples aspectos de la fisiología eréctil.

El diagnóstico precoz de la disfunción eréctil y la identificación de sus factores de riesgo sobre todo en los hombres con Diabetes Mellitus tipo 2, puede proporcionar información útil para la estratificación del riesgo cardiovascular.

3.     **La Hipertensión.** – La hipertensión es un factor de riesgo bien establecido para la disfunción eréctil, con una prevalencia de 30% a 50% de los hombres hipertensos. Una teoría del origen de disfunción eréctil son los efectos descendentes con disminución de la relajación posterior de los tejidos eréctiles, la remodelación del colágeno y la fibrosis dentro de los cuerpos cavernosos. Hay varias otras vías de vinculación de la hipertensión y la disfunción eréctil, incluyendo la disfunción endotelial, la arteriosclerosis, y los efectos secundarios del tratamiento médico de la hipertensión.

Si bien existe una gran variabilidad dentro de cada clase de medicamentos antihipertensivos, es bien aceptado que los antagonistas de los receptores de aldosterona, betabloqueantes y diuréticos tiazídicos tienen un impacto negativo sobre la función eréctil. Los betabloqueantes no selectivos causan la disfunción eréctil con más frecuencia que los agentes selectivos tales como metoprolol.

4.     **El sobrepeso y la falta de ejercicio.** – Estudios transversales múltiples han demostrado que el sobrepeso (índice de masa corporal 25 - 30 kg / m<sup>2</sup>) y obesidad (IMC > 30 kg / m<sup>2</sup>) tienen efecto sobre los hombres con un aumento gradual en el riesgo de la disfunción eréctil con el riesgo relativo que varía de 1,5 a 3,0 veces. Otros

estudios demuestran que los hombres con sobrepeso tienen el 60% más de probabilidad de tener disfunción eréctil en relación con los de peso normal.

Para los hombres coreanos, se demostró que la obesidad central se correlaciona significativamente con la disfunción eréctil. La actividad física se asocia con disfunción eréctil y que la razón de probabilidad de disfunción eréctil disminuyó en aproximadamente 70% en hombres que iniciaron actividad física en edad media, en relación con la de los hombres que permanecieron sedentarios.

5. **La dislipidemia.** - Los datos epidemiológicos han confirmado que la hiperlipidemia es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la disfunción eréctil a través de daño endotelial y la inflamación. La prevalencia de la disfunción eréctil tiene una correlación negativa con el nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Las estatinas son la terapia médica de primera línea para la hiperlipidemia y son protectores del endotelio vascular. De hecho, las estatinas han demostrado mejorar la función endotelial antes de la alteración de los niveles de lípidos,

6. **Tabaco.** - El tabaquismo es un factor de riesgo de la disfunción eréctil por causar daño a las células endoteliales vasculares, además causa el estrés oxidativo. Una revisión realizada por Dorey, mostro que los fumadores eran 1,5 veces más propensos a sufrir disfunción eréctil en comparación con los no fumadores, esta probabilidad se puede incrementar hasta 3,1 al comparar otros estudios. Los estudios han demostrado que el aumento del riesgo de disfunción eréctil asociada con el tabaquismo llega a ser estadísticamente significativa después del consumo de 20 paquetes/año o más.

7. **La depresión.** – Existe una fuerte asociación entre la depresión y la disfunción eréctil, y no siempre está claro cuál es la condición previa. Por otra parte, muchos de los tratamientos para los trastornos depresivos graves pueden causar disfunción eréctil. Los datos transversales de la MMAS encontraron que los hombres

deprimidos son dos veces más propensos a tener disfunción eréctil en comparación con la población general. La disfunción eréctil es un efecto secundario común de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con una incidencia que oscila entre el 20,8% y el 80,3% dependiendo de la medicación utilizada.

**8. La hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior.** - En un estudio que se llevó a cabo en más de 10.000 sujetos en un grupo de países occidentales, la probabilidad para la disfunción eréctil se demostró que era 7,67 veces mayor en los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior graves. En un estudio coreano, se demostró que la hiperplasia prostática benigna y los factores relacionados con los síntomas del tracto urinario inferior, se correlacionaron significativamente con la disfunción eréctil. (Maiorino, Bellastella, & Esposito, 2015), (DeLay, Haney, & Hellstrom, 2016), (Ryu et al., 2013).

- **FUNCIÓN ORGÀSMICA.** - El orgasmo es uno de los placeres más intensos alcanzables a un organismo. Trastorno orgásmico masculino se define como la ausencia persistente o frecuente del orgasmo durante la excitación sexual normal y la actividad.

La prevalencia de lograr el orgasmo o anorgasmia en la población general de los hombres es de aproximadamente 8% y las causas conocidas incluyen condiciones médicas tales como la neuropatía diabética o prolactinoma, hipogonadismo, trastornos psicológicos, medicamentos y procedimientos genitourinarios incluyendo la prostatectomía.

Aunque las etiologías definitivas de trastornos orgásmicos masculinos son desconocidos, la prolactina se cree que influyen en la probabilidad de disminución de orgasmos en los hombres; los niveles de prolactina elevadas se han asociado con lograr el orgasmo, y los niveles bajos se han asociado con la eyaculación precoz. El nivel de prolactina en la parte más baja del rango normal se han asociado con la eyaculación precoz

en la población general y en hombres que presentan disfunción sexual. Por lo tanto, los trastornos orgásmicos, probablemente, representan un continuo de síntomas relacionados con los niveles de hormonas.

Como parte de la respuesta sexual masculina normal, se produce un aumento de prolactina después del orgasmo y dura aproximadamente 1 hora, lo que resulta en una disminución de potencial eréctil y eyaculatorio durante este período refractario. (Hollander et al., 2016), (Safron, 2016), (He, Johnston, Zeitlinger, City, & City, 2015), (Corona, Giorda, Cucinotta, Guida, & Nada, 2016).

- **DESEO SEXUAL.** – La prevalencia de la disminución del deseo sexual se estima que es de 5 a 15 por ciento en hombres. Aumenta con la edad y con frecuencia acompaña a otros trastornos sexuales. Los hombres con disfunción eréctil pueden experimentar pérdida de la libido como una consecuencia secundaria de la disfunción eréctil. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que se quejan de la disfunción eréctil no se quejan de la disminución del deseo sexual.

La falta de deseo sexual es un problema descrita comúnmente entre los hombres y las mujeres con diabetes tipo 2. (Pedersen et al., 2015), (Marc Agronin, 2016).

- **SATISFACCIÓN SEXUAL.** - La satisfacción sexual cubre un espectro ilimitado de comportamientos sexuales que se definen individualmente y son influenciados por muchas circunstancias de la vida y sus relaciones. La satisfacción sexual es una construcción amplia estrechamente entrelazada con la calidad del matrimonio, la calidad de vida, el bienestar general y la felicidad. Una disminución en la satisfacción sexual se ha asociado con una mayor probabilidad de divorcio, incluso después de controlar la felicidad conyugal general.



Por el contrario, una vida sexual satisfactoria se ha asociado positivamente con el bienestar general, la satisfacción general de la vida y la felicidad. La Diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona fuertemente con problemas de satisfacción sexual. (Stephenson, Ahrold, & Meston, 2011), (Pedersen et al., 2015)

#### *2.2.3.2 En la mujer*

Las quejas sexuales son reportadas en aproximadamente un 40% de las mujeres en todo el mundo. Esto se demostró en un estudio realizado en 29 países entre las casi 14.000 mujeres de 40 a 80 años. Los tipos más frecuentes de disfunción estaban bajo deseo sexual (26 a 43 por ciento) y la incapacidad para alcanzar el orgasmo (18 a 41 por ciento). Para todas las categorías de problemas sexuales, la prevalencia fue mayor en el sudeste de Asia (Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur y Tailandia) y menor en el norte de Europa (Austria, Bélgica, Alemania, Suecia y el Reino Unido). (Shifren, 2016).

En los Estados Unidos, aproximadamente el 40% de las mujeres tienen problemas sexuales. La disfunción sexual femenina toma diferentes formas, incluso la falta de deseo sexual, alteración de la excitación, la incapacidad para alcanzar el orgasmo, dolor con la actividad sexual, o una combinación de estos temas.

Se trata de un marco general para el ciclo de la respuesta sexual; Sin embargo, para muchas mujeres, las fases pueden variar en la secuencia, la superposición, la repetición, o estar ausente durante todo o algunos encuentros sexuales. (Jan L Shifren, 2016)

## **FACTORES DE RIESGO**

**1. La fatiga y el estrés** - Aunque no se estudia a menudo, la fatiga y el estrés tienen un gran impacto en la libido de las mujeres. Después del parto,

además de los cambios físicos, la fatiga y la satisfacción de las demandas de un bebé pueden disminuir significativamente el interés sexual para muchas mujeres. A la mitad de la vida, más allá de los cambios endocrinos, las mujeres generalmente presentan desafíos entre las necesidades de los padres anciano e hijos adolescentes, las demandas de su profesión, y los cambios de la mediana edad de su pareja. La mejoría típica en el interés sexual y la respuesta en vacaciones refleja el impacto negativo de la fatiga y el estrés en la sexualidad femenina.

**2. La edad y la menopausia** - El efecto de la edad en la función sexual en mujeres es motivo de controversia. A pesar de todos los problemas sexuales se incrementaron con la edad avanzada, la prevalencia de un problema sexual asociada con la angustia fue mayor en las mujeres de 45 a 64 años (15 por ciento), la más baja en las mujeres de 65 años o más (9 por ciento), e intermedio en las mujeres mayores de 18 años a 44 años (11 por ciento). Cuando se evaluaron los tipos específicos de disfunción sexual, las tasas de bajo deseo asociado con angustia siguieron un patrón relacionado con la edad similar a la de cualquier problema sexual.

Por el contrario, en el estudio del Servicio de Vida Social Nacional de Salud y en el que se entrevistó a 1749 mujeres, la prevalencia de los problemas sexuales tiende a disminuir con la edad, a excepción de los informes de problemas de lubricación. Es de destacar que sólo las mujeres de edades comprendidas entre 18 y 59 años con una pareja sexual en el último año se incluyeron en este estudio.

El estado menopáusico se correlaciona estrechamente con la edad, y la probabilidad de la aparición de trastornos sexuales con la menopausia parece depender del tipo específico de la disfunción sexual. La sequedad vaginal y la dispareunia se incrementan constantemente después de la menopausia, relacionados principalmente con la

falta de estrógeno en el tejido vaginal. Las mujeres posmenopáusicas son también más propensas a reportar bajo deseo o la excitación.

Además, un mayor deterioro de la función sexual puede estar asociada una menopausia quirúrgica ante una menopausia natural; la menopausia quirúrgica se asoció con problemas de orgasmo y la disminución de la excitación.

Otros cambios en la vida que se producen en el momento de la menopausia también pueden tener prioridad sobre el efecto de los cambios hormonales. Esto se puso de manifiesto en un estudio de 200 mujeres de entre 51 y 61 años que se encuentra la menopausia tenían un menor impacto en el funcionamiento sexual de la salud general, salud mental, o tener una nueva pareja.

**3. Psiquiátricos y enfermedades neurológicas** - La depresión está presente en el 17 a 26 por ciento de las mujeres que se quejan de bajo deseo sexual.

Tanto la depresión y la ansiedad son correlatos significativos de los problemas sexuales, la ansiedad y los trastornos psicóticos son también factores de riesgo para la disfunción sexual. Se ha informado de benzodiazepinas que se asocia con la disfunción sexual. Inhibidores de los receptores de serotonina (ISRS) pueden causar un bajo deseo y la dificultad con el orgasmo en las mujeres.

Los medicamentos antipsicóticos se asocian con la disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres. Estos medicamentos inhiben la dopamina, que puede servir como un neuromodulador central de la función sexual. También es posible que un aumento resultante de la prolactina, causando supresión gonadal, afecta a la función sexual. La

disfunción sexual se ha reportado en las mujeres que tienen epilepsia, particularmente en asociación con el medicamento (lamotrigina, topiramato)

**4. Problemas Ginecológicos.** - La disfunción sexual se informó en un 26 a 47 por ciento de las mujeres con incontinencia urinaria. Entre las mujeres con incontinencia urinaria, de 11 a 45 por ciento sufren incontinencia urinaria durante las relaciones sexuales, por lo general durante la penetración o el orgasmo.

Prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria también están asociados con problemas sexuales femeninos. Mientras que algunas mujeres reportan mejoría de la función sexual después de la reparación quirúrgica de trastornos del suelo pélvico, otras dicen que no hubo ningún cambio.

Las mujeres con cistitis intersticial con frecuencia también tienen dispareunia. Esta condición también puede estar asociada con disminución de la libido o dificultad con la excitación, endometriosis, fibromas uterinos pueden experimentar dispareunia.

**5. Trastornos endocrinos:** El efecto de la diabetes sobre la sexualidad femenina es incierto ya que hay estudios contradictorios, sin embargo, una teoría aceptada es el efecto de la hiperglucemia reduce la hidratación de las membranas mucosas vaginales, produciendo una mala lubricación vaginal y dispareunia. Por otra parte, la hiperglucemia aumenta el riesgo de infecciones genitourinarias que, a su vez, pueden conducir a la incomodidad vaginal y dispareunia.

Disfunciones vasculares y nerviosas inducidos por la diabetes pueden afectar la respuesta sexual mediante la producción de los cambios estructurales y funcionales en los órganos genitales femeninos. Los estudios en animales mostraron que la

diabetes puede afectar a las respuestas sexuales de excitación y el orgasmo mediante la inducción de alteración de la respuesta de relajación del tejido vaginal para casi todos los sistemas de transmisión, disminución de nervios estimulados en el clítoris y el flujo sanguíneo vaginal, produciendo fibrosis difusa de los tejidos del clítoris y la vagina, y la reducción de la capa muscular y el espesor del epitelio de la vagina. Anomalías vasculares, incluyendo daño aterosclerótico y la disfunción endotelial inducida por la diabetes, pueden ser responsables de la reducción de la congestión del clítoris y para la reducción de la lubricación de la vagina, lo que lleva a la disminución de la excitación y la dispareunia durante la relación sexual.

La neuropatía diabética puede contribuir aún más a la patogénesis de las disfunciones sexuales, alterando tanto la transducción normal de los estímulos sexuales y la respuesta sexual disparado

**6. Hipertensión** - La hipertensión puede ser un riesgo para la disfunción sexual. No está claro si esto está relacionado con la hipertensión en sí o es un efecto adverso de la medicación antihipertensiva. Varios estudios han informado de que las mujeres hipertensas tienen mayores índices de disfunción sexual, incluyendo el dolor sexual, que las mujeres normotensas (42 frente a 19 por ciento en un estudio) Estos estudios también encontraron diferencias significativas en los problemas sexuales en las mujeres con pacientes tratados comparado con la hipertensión no tratada. Además, el posible dato de un estudio de más de 2.700 mujeres posmenopáusicas no encontró ninguna asociación entre los problemas sexuales y anti-hipertensivos.

Algunos datos sugieren, sin embargo, que los beta-bloqueantes tienen un efecto perjudicial sobre la función sexual femenina.

**7. El uso de sustancias** - La nicotina puede inhibir la excitación sexual en las mujeres.

El abuso crónico de alcohol conduce a un estado hipogonadotrófico y deterioro de la función sexual tanto en hombres y mujeres.

Además de los cambios endocrinos, el abuso de sustancias a menudo se asocia con una mala salud física y mental, trastornos en las relaciones, rebajado el estatus social y la inestabilidad financiera, todo lo cual tendrá un impacto negativo de la función sexual.

**8. Factores de la relación.** - En un estudio longitudinal de más de 400 mujeres estudiadas a través de la transición a la menopausia, la respuesta sexual fue predicho por el nivel previo de la función sexual, cambios en la condición y los sentimientos de pareja, lo que demuestra que los factores de la relación eran más importantes que los factores determinantes hormonales de la función sexual de las mujeres de edad mediana.

La duración de la relación tiene un efecto importante en la satisfacción sexual. En un estudio de más de 1.800 hombres y mujeres entre las edades de 19 a 32 años de relaciones estables, la actividad sexual y la satisfacción se redujo la duración de la asociación se incrementó.

Una historia de abuso sexual o físico es un factor de riesgo importante para los problemas sexuales. (Elyasi, 2015) (Shifren, 2016), (Kim et al., 2006), (Maiorino, Bellastella, & Esposito, 2014), (Park et al., 2002).

## **EFFECTOS**

### **– DESEO (libido)**

El deseo de tener actividad sexual, incluyendo pensamientos sexuales, imágenes y deseos. Bajo deseo era el problema sexual más común en las mujeres, informaron en un 39% de las mujeres y se asocia con la angustia en el 10 al 14%. Baja

excitación (26%) y dificultades con el orgasmo (21%) fueron ligeramente menos frecuente, y se asociaron con la angustia en el 5% de las mujeres. El 5% de las mujeres reportaron tanto bajo deseo sexual y otro problema; 2 por ciento informó de los tres problemas. (Shifren, 2016)

El hecho que el deseo sexual se ve afectado por la diabetes sigue siendo controvertido, ya que algunos estudios han demostrado una disminución de 20-78% en el deseo en las mujeres diabéticas siendo más prevalente en la diabetes tipo 2, mientras que otros estudios no han encontrado ningún efecto en absoluto. (Elyasi, 2015)

## **- EXCITACIÓN**

Es la sensación subjetiva de placer sexual acompañada de cambios fisiológicos, incluyendo vasocongestión genital y el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

La incidencia de problemas de excitación en las mujeres con diabetes también es muy variada, dependiendo del tipo de diabetes y la definición de despertar, y varía desde 14 hasta 75% a ningún efecto en absoluto. (Elyasi, 2015)

## **- LUBRICACIÓN**

El impacto de la sequedad vaginal en las relaciones interpersonales, la calidad de vida, las actividades diarias, y la función sexual puede ser importante, pero a menudo se subestima. La sequedad vaginal es frecuente entre las mujeres de todas las edades, pero es particularmente común durante y después de la menopausia. La sequedad suele ser uno de los muchos síntomas reportados por las mujeres como resultado de la atrofia vaginal o vulvovaginal.

Las causas de la disminución de la lubricación vaginal son numerosas e incluyen la edad avanzada, los cambios hormonales, la menopausia, la lactancia materna, el estrés, enfermedades como la diabetes, la enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia cardíaca crónica y la esclerosis múltiple, y las causas iatrogénicas, en tratamientos como la radiación y la quimioterapia y el uso de antidepresivos.

Existe una asociación entre la sequedad vaginal y dolor durante el coito, que se estima que afecta a alrededor de la mitad de todas las mujeres en algún momento de sus vidas, y la lubricación inadecuada es una causa común de la dispareunia. (Edwards & Panay, 2016), (Enzlin et al., 2009)

#### – **ORGASMO**

Es el pico del placer sexual y la liberación de la tensión sexual, con contracciones rítmicas de los músculos perineales y los órganos reproductivos.

El retraso del orgasmo / anorgasmia se define como la dificultad persistente o recurrente, retraso en el, o la ausencia de alcanzar el orgasmo después de la estimulación sexual suficiente, lo que ocasiona malestar personal. El retraso del orgasmo y la anorgasmia se asocian con la insatisfacción sexual significativa.

Más de 90% de los hombres por lo general experimentan el orgasmo en sus relaciones; entre las mujeres, esta proporción es de sólo alrededor del 50%. Esta es una observación problemática desde la perspectiva de los derechos sexuales y en el marco de la salud sexual. Dada la importancia de los orgasmos a la salud de muchas personas y el placer sexual, un mayor enfoque en la comprensión del orgasmo femenino es valiosa.

La Diabetes Mellitus tipo 2 causa alteraciones psicofisiológicas asociados con el ciclo de la respuesta sexual en las mujeres, y que incluyen el orgasmo. (Kontula & Miettinen, 2016), (Maiorino et al., 2014).

#### – **PROBLEMAS CON LA PENETRACIÓN VAGINAL:**



La Asociación Americana de Psiquiatría ha sustituido a los diagnósticos de vaginismo y la dispareunia con un solo diagnóstico "trastorno de dolor/penetración genito-pélvica" en su más reciente Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5). Sin embargo, se sigue analizando como vaginismo los problemas relacionados con penetración vaginal.

Es así que estudios demuestran que cerca de 5-47% de la población sufre de vaginismo y no es específica para la raza. El vaginismo impide tanto el coito y la capacidad de concebir y parece que las expectativas de la sociedad en relación a la sexualidad femenina y la fertilidad que podrían causar impacto en quienes la padecen. (Macey, Gregory, Nunns, & das Nair, 2015), (Ramli, Nora, Roszaman, & Hatta, 2012), (Montazeri, Bouzari, Azadmanesh, Ostad, & Ghahremani, 2015)

#### **– ANSIEDAD ANTICIPATORIA**

La mayoría de los estudios no han evaluado si los problemas sexuales se asocian con angustia personal, un requisito clave para el diagnóstico de la disfunción sexual femenina. Además, algunos estudios todavía excluyen a las mujeres que no están en las relaciones sexuales, por lo que las mujeres para los que la disfunción sexual es un obstáculo para la formación de relaciones sexuales no son evaluadas.

El estudio más grande de Estados Unidos de la disfunción sexual femenina, la prevalencia de los problemas sexuales femeninos asociados con el malestar y los determinantes de la búsqueda de tratamiento (LA PRESIDE), se midió la ansiedad personal e incluyó mujeres que no estaban actualmente en una relación sexual; más de 30.000 mujeres respondieron a cuestionarios validados en relación con el bajo deseo, baja excitación, orgasmo y las dificultades. La prevalencia de cualquiera de estos tres problemas sexuales (con o sin

angustia) fue 43%; 22% reportaron ansiedad personal relacionada con la sexualidad y 12% atribuyeron ansiedad a un tipo específico de problema sexual (por ejemplo, el deseo).

### **2.3. Disfunción sexual, sexualidad y calidad de vida**

En un estudio realizado por (William K B A Owiredu, et al, 2015), sobre la disfunción sexual y calidad de vida sexual entre los discapacitados físicos de la metrópolis de Kumasi, Ghana, concluyeron que:

La prevalencia de disfunción sexual entre los discapacitados físicos es comparable a las tasas de prevalencia en la población masculina y femenina capaz. Esto podría tener un impacto significativo en su autoestima y calidad de vida a través de la evasión, la impotencia y el vaginismo, causando así angustia emocional que conduce a problemas de relación. El alcohol aumenta el riesgo de desarrollar disfunción sexual cinco veces más en los hombres con discapacidades físicas. Las tasas de respuesta fueron de 72% y 63,6% para hombres y mujeres respectivamente. (William K B A Owiredu, et al, 2015)

Según (Lino, 2013), en su estudio realizado sobre Tratamiento en diabetes mellitus tipo 2, concluye que la calidad de vida del paciente se ve alterada por la enfermedad crónica por la insuficiencia de la producción de insulina que se acentúa por la falta de actividad física y un buen plan alimentario, lo cual también afecta en la actividad sexual.

De acuerdo a un informe del (Centro Clínico Médico - Psicológico), muchos pacientes con diabetes tienen dificultades sexuales como trastorno común de la enfermedad y que perjudica significativamente en la calidad de vida. Siendo que la sexualidad es un componente importante de la vida emocional, a nivel sexual cuando surgen problemas es esencial reunir la información lo más completa posible para determinar la causa de estos problemas.

Esto debido a que los diabéticos suelen sufrir de aterosclerosis, los cuales obstruyen las arterias, implicando que el cuerpo cavernoso no tenga buena irrigación de sangre, por lo tanto, la erección se vuelve insuficiente.

La diabetes puede dañar el sistema nervioso: ya sea en los nervios del pene o en la médula espinal, que pueden ser afectados (neuropatía); esto puede resultar en dos formas:

- Disfunción eréctil de gravedad variable.

- Trastornos de la eyaculación con el riesgo de infertilidad, como es el caso cuando una parte del semen va a la vejiga durante el orgasmo, en lugar de ser expulsado hacia el exterior. Esta anomalía se denomina “eyaculación retrógrada”.

En otro estudio realizado por (Bautizta, 2016), encontró que la calidad de vida de las personas diabéticas se ve afectada no sólo en el ámbito personal sino en la de sus familiares.

En el sexo, la diabetes es un verdadero problema tanto para el hombre como para la mujer debido al manejo de niveles de glicemia en la sangre y cuando la enfermedad se vuelve crónica provoca trastornos en la vagina en la mujer y la disfunción eréctil en el hombre, situación que puede causar pérdida de deseo sexual tanto en la diabetes tipo 1 como en la 2, pues los estudios demuestran que afecta a un 50% de hombres y 25% de las mujeres pueden experimentar algún tipo de problema sexual o pérdida del deseo sexual como consecuencia de la diabetes.

La diabetes puede traer inconvenientes a la vida sexual de la mujer, en mayor medida relacionados con resequedad o infecciones vaginales. Y aunque esto

no imposibilita alcanzar el orgasmo, puede sentir menos deseo sexual si sus niveles de glucosa en la sangre están alterados, los estudios demuestran que el 25% de mujeres con diabetes sufren de algún problema sexual.

En tanto que en los hombres con diabetes se calcula que entre el 50 y 70% padecen de algún grado de disfunción toda vez que según los especialistas la conducción nerviosa y la relajación vascular no son iguales cuando se tienen altos niveles de hemoglobina glicosilada, por ello, el buen control de la Diabetes es importante no sólo para el tratamiento de la disfunción eréctil, sino para tener una buena calidad de vida. (Hernández, 2016).

#### **2.4. Familia y tipología familiar**

Según la OMS “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.

El componente de la organización de la sociedad es la familia, a la vez responsable de la reproducción biológica y desenvolvimiento en la sociedad. A escala microsocial, la familia conforma la unidad de reproducción y conservación de la especie humana, Tiene además las siguientes funciones:

Satisfacer las necesidades de la conservación, fomento y recuperación de la salud.

Interviene en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, para lograr la consolidación de su personalidad que ligado a otros grupos sociales

garantiza que el individuo se inserte en la vida social y se transfieran los valores culturales, éticos y espirituales. (Louro, 2003)

Es importante caracterizar a las familias de los pacientes que presentan disfunción sexual con el objetivo de analizar en forma integral a través de la tipología familiar, su relación.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:

1. Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi-integrada o desintegrada.
2. Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
3. Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
4. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

#### **Según su demografía:**

- **Rural:** Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, alcantarillado, etc.).
- **Suburbana:** Tiene las características del medio rural, pero está ubicada dentro de medio urbano.
- **Urbana:** Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios

### Según su integración:

- **Integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- **Semi integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- **Desintegrada:** los conyugues se encuentran separados.

### Por su composición:

1. **Nuclear:** Conformada por esposo, esposa con o sin hijos, tiene una sub-clasificación según algunas particularidades:
  - Pareja sola
  - Familia mononuclear. - Formada por los padres y sus hijos
  - Familia binuclear. - Presencia de dos núcleos de hijos, formada por familiar reconstituidas al haber un divorcio, viudez, etc.
  - Familia trinuclear. - Tienen un núcleo de hijo(os) del padre, otro de la madre y otro de los dos.
2. **Monoparental:** La presencia uno de los padres (padre o madre), e hijos.
3. **Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
4. **Extensa compuesta o familia ampliada:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)
5. **Personas sin familia**

## **6. Equivalentes familiares**

## **7. Familia corporativa**

### **Por su ocupación:**

- Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc. (Armas Norma, 2007)

## Capítulo III

### Metodología

#### 3.1 Problema y objetivos

##### *3.1.1. Problema*

¿Existe relación entre la disfunción sexual y la mala calidad de vida de los pacientes diabéticos con disfunción sexual?

##### *3.1.2. Objetivo general*

Determinar la relación entre disfunción sexual y la calidad de vida de pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales de octubre a noviembre de 2016.

##### *3.1.3. Objetivos específicos*

- Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes diabéticos del Centro de Salud Los Rosales.
- Comparar la calidad de vida de los pacientes que tienen disfunción sexual con aquellos que no la tienen.
- Analizar la tipología familiar de aquellos pacientes con disfunción sexual.
- Identificar las diferencias entre sexo sobre la disfunción sexual y la calidad de vida.

#### 3.2. Hipótesis

La disfunción sexual influye en la percepción de mala calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales de octubre a noviembre de 2016.



### 3.3. Población y muestra

**Población.** – Actualmente la población diabética de la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales es de 300.

Tamaño del universo: 300

Heterogeneidad: 50%

Margen de error: 5

Nivel de confianza: 95%

**Muestra:** 186

### 3.4. Criterios de inclusión

- a) Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, de acuerdo a los criterios vigentes en el momento del diagnóstico:
  - Glicemia preprandial  $\geq 126\text{mg/dl}$  en ayuno de al menos 8 horas.
  - Glicemia postprandial a las 2 horas  $\geq 200\text{ mg/dl}$  utilizando 75 mg de glucosa disuelta en agua.
  - Hemoglobina A1C  $\geq 6,5\%$ . (Of & Care diabetes, 2016)
- b) Que acepten participar y consentimiento informado
- c) Mayores de 18 años

### 3.5. Criterios de exclusión

- a) Pacientes con diabetes tipo 1.
- b) Pacientes de otras comunidades o áreas sin información de al menos un año antes de entrar en el estudio.
- c) Paciente en situación terminal.

d) Diabetes gestacional.

### **3.6. Instrumentos de recolección de información**

La información del estudio será recolectada mediante: datos generales de basados en la historia Clínica, con lo cual se obtendrá referencias sobre las variables a medir el estudio.

#### **PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN**

Se utilizaron tres cuestionarios que son auto administrados, tomados en un solo tiempo, el cuestionario de Función sexual femenina (FSM), cuestionario del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), en mujeres y hombres respectivamente; a continuación, aplicación de Laminas de Viñetas COOP-WONCA

##### *3.6.1. Cuestionario de Función Femenina FSM (Anexo 2)*

El cuestionario FSM es auto administrado de 14 preguntas cerradas y una alternativa que se responden mediante una escala de likert de 5 valores y se integran en dominios, las incluidas en los evaluadores de la función sexual (DEAS), se puntúan de 1 a 5. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas.

El test fue validado mediante un comité de expertos formados por Médicos Familiares y Psicólogos Clínicos con experiencia en Sexología, con un Alfa de Cronbach de 0,8954, e Índice de confianza del 95%.

#### **Interpretación**

Para diagnosticar Disfunción Sexual solo se contabiliza los 5 a 6 primeros DEAS:

<b>DOMINIOS EVALUADORES DE ACTIVIDAD SEXUAL</b>	<b>Ítems</b>	<b>Puntuación Total</b>	<b>Interpretación</b>
<b>DESEO</b>	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
		4-7	Trastorno Moderado
		8-15	Sin trastorno
<b>EXCITACIÓN</b>	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
		4-7	Trastorno Moderado
		8-15	Sin trastorno
<b>LUBRICACIÓN</b>	5	1	Trastorno severo
		2	Trastorno Moderado
		3-5	Sin trastorno
<b>ORGASMO</b>	9	1	Trastorno severo
		2	Trastorno Moderado
		3-5	Sin trastorno
<b>PROBLEMAS CON LA PENETRACIÓN VAGINAL</b>	6, 7ª, 8	1-3	Trastorno severo
		4-7	Trastorno Moderado
		8-15	Sin trastorno
<b>ANSIEDAD ANTICIPATORIA</b>	8	1	Trastorno severo
		2	Trastorno Moderado
		3-5	Sin trastorno

Deseo: valora, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la Penetración Vaginal y Ansiedad Anticipatoria

### **Interpretación**

### 3.6.2. Cuestionario de valoración sexual masculina Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), (Anexo 3)

El cuestionario IIEF-5 es auto administrado de 5 preguntas cerradas que se responden mediante una escala de Likert de 5 valores. Las respuestas del cuestionario fueron asignadas a 5 dominios separados de función sexual: función eréctil, orgasmo, deseo sexual, satisfacción en el coito y global, con un alfa de Cronbach  $> 0,8$  en los cinco dominios.

22-25	No hay Disfunción Eréctil
17-21	Disfunción Eréctil Leve
8-16	Disfunción Eréctil Moderado
5-7	Disfunción Eréctil Severo

### 3.6.3. Viñetas COOP/WONCA (Anexo 4)

Las viñetas COOP/WONCA es un instrumento para estimar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Los ítems exploran aspectos relativos a esta variable a través de unas láminas en las que se visualizan mediante dibujos las 5 opciones de respuestas, debiendo marcar el evaluado la que mejor defina su estado. Se utilizó versiones de 7 preguntas (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades de la vida social, cambios de salud, estado de salud y dolor), con un alfa de Cronbach 0,920 para las 7 variables.

El test no proporciona un punto de corte para su valoración, solo se asocia mayores puntajes con peor Calidad de Vida.

### **3.7. Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos**

#### *3.7.1. Codificación.*

Se asignó un código a cada una de las alternativas de las respuestas para poder cuantificarlos y obtener los resultados, lo cual ya es parte de la tabulación.

#### *3.7.2. Tabulación*

Una vez recogida la información, se realizó el vaciado de los datos y se procedió a elaborar cuadros estadísticos, utilizando el programa SPSS v23.0, a través de la tabulación se pudo conocer la totalidad de los datos y obtener resultados.

#### *3.7.3. Graficación*

Una vez obtenido los datos se utilizó el programa SPSS v23.0, para realizar los gráficos automáticamente ayudados de los datos de las tablas, se seleccionó el gráfico que mejor se adapte al estudio y que facilite la lectura e interpretación.

#### *3.7.4. Análisis de datos*

En este apartado se analizó e interpreto de manera objetiva los datos.

#### **Tabulación de datos:**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v23.0. Las variables de la hipótesis fueron evaluadas mediante los estadísticos de: chi cuadrado, razón de ventajas (OR, Odds ratio), y t de student.

Las variables demográficas se presentan a través de ilustraciones que incluyen: box plot, gráficos de barras y tabla de frecuencias. Para poder procesar la información de los datos

demográficos se hicieron las siguientes agrupaciones: edad ( $< > 61$  años), nivel de instrucción (sin y con escolaridad), estado civil (con y sin pareja estable).

Considerando que los instrumentos en cuestión son empleados en la práctica clínica, se estableció un parámetro para definir cualitativamente a las variables de calidad de vida (mala más de 18 puntos, menos de 18 puntos como buena calidad de vida); en el caso de disfunción eréctil (Si de 5 a 21 puntos, No de 22 a 25 puntos: en el caso de las mujeres se dicotomizó como disfunción sexual total al existir afectación de tres dominios o más, por dominios se dicotomizó de la siguiente manera: Deseo, Excitación, Problemas con la Penetración: Si de 1 a 7 punto, No de 8 a 15 puntos; Lubricación, Orgasmo, Ansiedad Anticipatoria: Si de 1 a 2 puntos, No de 2 a 5 puntos.

### **Aspectos Bioéticos**

Todos los datos recolectados para ésta investigación fueron manejados exclusivamente por las investigadoras bajo total confidencialidad, la misma que fue explicada verbalmente y por escrito a las personas investigadas. Se solicitó al paciente firmar un Consentimiento Informado. Este estudio no implicó ningún riesgo para el paciente.

## Capítulo IV

### 4.1. Resultados

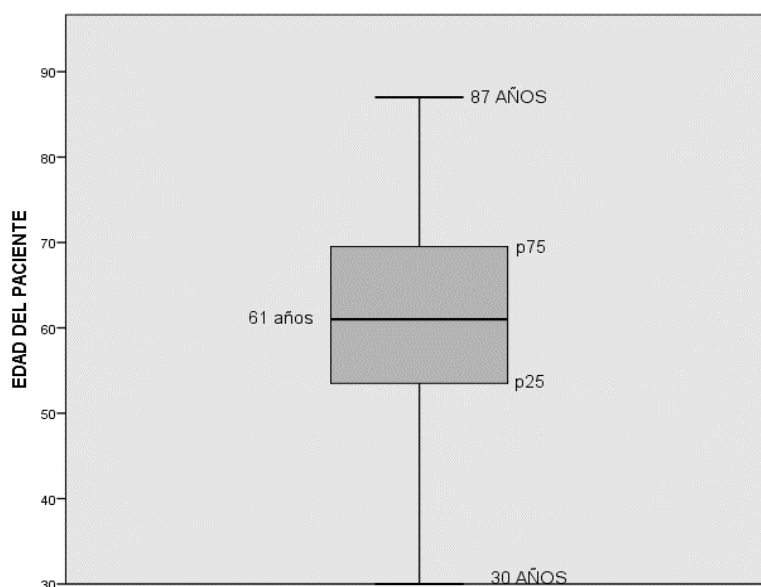
Se estudiaron 184 pacientes 127 mujeres y 57 hombres diagnosticados de diabetes tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”, Santo Domingo de los Tsáchilas desde octubre a noviembre de 2016. Todos los pacientes fueron sometidos a 2 cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud con las láminas de COOP/WONKA, el test IIEF-5 y FSM para determinar existencia o no disfunción sexual en hombres y mujeres respectivamente

#### 4.1.1. Variables Sociodemográficas

##### Edad

Las edades que oscilan en nuestra población diabética está entre 30 y 87 años, con una mediana de 61 años (Gráfico 2).

**Gráfico 1:** *Datos descriptivos de edad en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”*

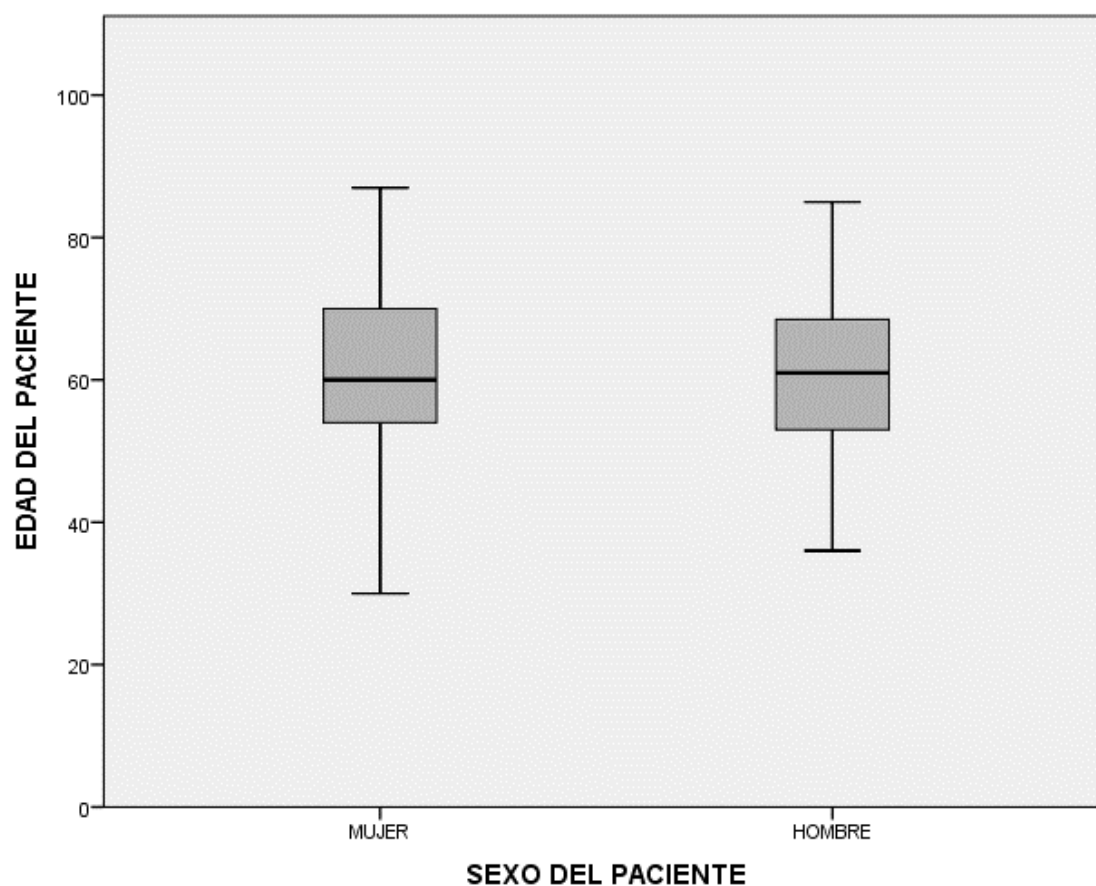


Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Octubre-Noviembre 2016)

### Edad en relación al Sexo

El intervalo de edad de las mujeres participantes es más amplio con relación a los hombres (Gráfico 3).

**Gráfico 2:** Datos descriptivos de edad en relación al sexo en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Octubre-Noviembre 2016)



## SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, DIAGNÓSTICO Y ESTADO CIVIL

Se puede evidenciar una población mayoritariamente femenina (69,7%); el estado civil en esta población predominantemente es el casado (a) (44,6%); el nivel de instrucción que los pacientes sometidos a esta investigación es el nivel primario 66,3% lo que demuestran que en su mayoría tiene algún grado de escolaridad. Más de la mitad de los pacientes tiene diagnóstico de Diabetes e Hipertensión 56%. (Tabla 1).

*Tabla 1: Distribución de variables demográficas en los pacientes con diabetes tipo 2 del Centro de Salud “Los Rosales”*

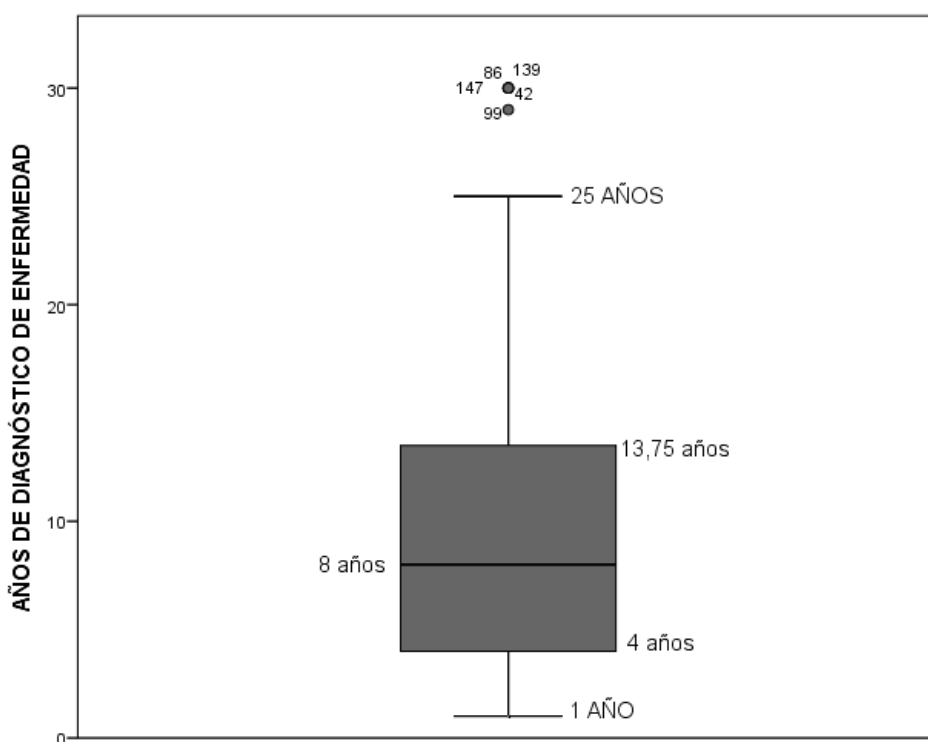
<b>VARIABLE</b>	<b>PORCENTAJES n=184</b>
<b>SEXO</b>	
Femenino	69% (n=127)
Masculino	31% (n=57)
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	
Ninguno	7,1% (n=13)
Primaria	66,3% (n=122)
Secundaria	23,4% (n=43)
Superior	3,3% (n=6)
<b>DIAGNOSTICO</b>	
DM	56% (n=103)
DM + HTA	44% (n=81)
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Soltero	0,5 (n=1)
Unión libre	18,5% (n=34)
Casado	44,6% (n=82)
Divorciado	21,7% (n=40)
Viudo	14,7% (n=27)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Octubre-Noviembre 2016)

### Años de Diagnóstico

Mediante este grafico se puede analizar que los anos de diagnóstico se encuentra en 9,6 años teniendo un intervalo de tiempo de diagnóstico de 1 a 30 años (Gráfico 4).

**Gráfico 3:** Datos descriptivos del tiempo de diagnóstico en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”

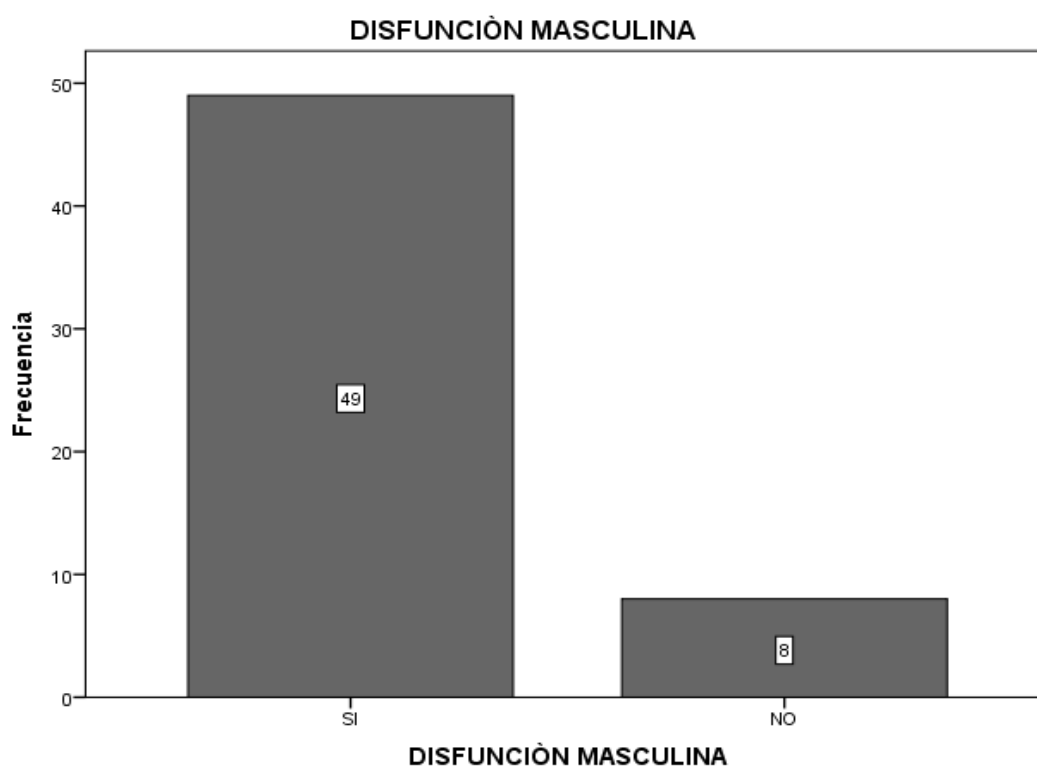


Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (Octubre-Noviembre 2016)

## Disfunción Masculina

Basados en la dicotomización, la disfunción sexual masculina se encuentra presente en el 86% de los participantes estudiados (Gráfico 5).

**Gráfico 4:** *Disfunción sexual masculina en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”*

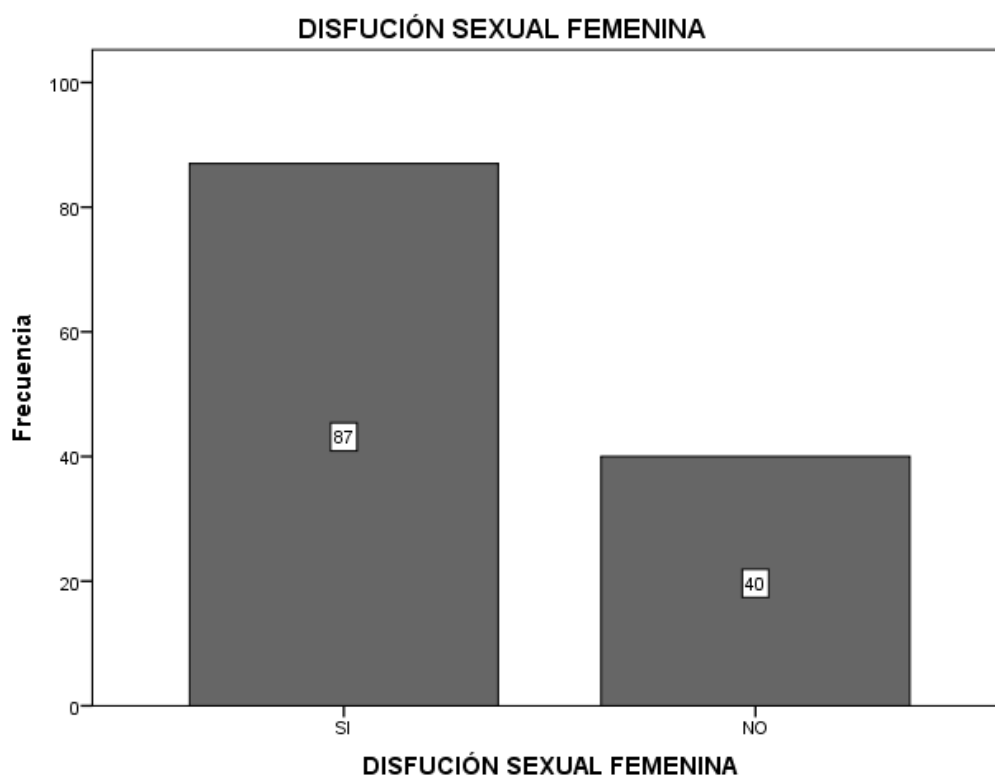


Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## Disfunción Sexual Femenina

El 68,5% de las mujeres presenta disfunción sexual teniendo en cuenta la dicotomización de la disfunción sexual femenina. (Grafico 6).

**Gráfico 5:** *Disfunción sexual femenina en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”*



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

### Prevalencia por Dominios de Disfunción Sexual Femenina

De acuerdo a la tabla 2, en la población estudiada de mujeres los dominios que de forma marcada se afectan son: Deseo 82,68%, Excitación y Lubricación en el 66,61%; el orgasmo 55,91.

*Tabla 2 Disfunción sexual femenina por dominios en las pacientes diabéticas tipo 2 que asisten a la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud “Los Rosales”*

#### DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

n=127	Si		No	
	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Deseo	82,68	105	17,32	22
Excitación	66,61	84	33,39	43
Lubricación	66,61	84	33,39	43
Orgasmo	55,91	71	44,09	56
Problemas con la penetración vaginal	30,7	39	69,3	88
Ansiedad anticipatoria	33,07	42	66,93	85

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## Calidad de Vida

La calidad de vida valora varios aspectos: la mala calidad de vida se evidenció en varios dominios, los principales fueron: el estado de salud en las últimas dos semanas 76,1%, la forma física 67,4%, dolor 53,3%. (Tabla 3).

*Tabla 3 Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a la Clínica de crónico Metabólicos*

<b>CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS</b>		
n= 184	Buena	Mala
	% (n)	% (n)
Forma física	32 (60)	67 (124)
Sentimientos	52,7 (97)	47,3 (87)
Actividad Social	60,9 (112)	39,1 (72)
Actividades cotidianas	71,7 (132)	28,3 (52)
Cambios en el estado de salud	61,4(113)	38,6 (71)
Estado de salud	23,9 (44)	76,1 (140)
Dolor	46,2 (85)	53,3 (99)

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA

Al analizar la prevalencia de disfunción sexual en la (tabla 4), se evidencia que la disfunción es más prevalente en hombres (85,96%); en mujeres es de (68,50%), teniendo en cuenta que es la población mayoritaria.

Los pacientes con disfunción eréctil presentan mala calidad de vida en 46,93%. En las mujeres con disfunción sexual la mala calidad de vida se presentó en el 55,1%.

*Tabla 4: Prevalencia de Disfunción Sexual y Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales*

			<b>MALA</b>	<b>BUENA</b>
			<b>CALIDAD</b>	<b>CALIDAD</b>
			<b>DE VIDA</b>	<b>DE VIDA</b>
			<b>PREVALENCIA</b>	<b>PREVALENCIA</b>
<b>DISFUNCIÓN</b>	SI n: 49	85, 96%	46,93%	53,06%
<b>ERECTIL n: 57</b>	NO n: 8	14,04%	0%	100%
<b>DISFUNCIÓN</b>	SI n: 87	68,50%	55,10%	44,82%
<b>FEMENINA</b>				
<b>n:127</b>	NO n: 40	31,50%	35%	65%

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

### 4.1.2. Pruebas de hipótesis

## VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Cuando se compara los datos demográficos (edad, diagnóstico, años de diagnóstico, estado civil e instrucción) en relación a Disfunción Eréctil no se observa ninguna asociación estadística significativa ya se con chi cuadrado por razón de ventajas (OR).

*Tabla 5: Prueba de hipótesis entre variables demográficas y disfunción eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales.*

	DISFUNCIÓN ERÉCTIL n:49			
	OR	IC 95%		Valor de p para $\chi^2$
		INFERIOR	SUPERIOR	
<b>EDAD</b>	3,125	0,573	17,029	0,172
<b>DIAGNÓSTICO</b>	0,295	0,054	1,607	0,141
<b>AÑOS DE DIAGNÓSTICO</b>	0,694	0,576	0,836	0,068
<b>ESTADO CIVIL</b>	1,575	0,172	14,452	0,686
<b>INSTRUCCIÓN</b>	0,457	0,041	5,026	0,513

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)



## EDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Al analizar la tabla 6, se evidencia que el tener más de 61 años es estadísticamente significativo en los dominios de deseo, excitación, incrementando el factor de riesgo.

*Tabla 6: Prueba de hipótesis entre la edad >61 años/<61 año y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales Oct-Nov 2016*

<b>PRUEBA DE HIPOTESIS ENTRE EDAD (&gt;61 años/&lt;61 años) PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA</b>					
	N	OR	IC		Valor de p para $\chi^2$
			Inferior	Superior	
DESEO	105	4,587	1,455	14,44	0,006
EXCITACIÓN	84	2,981	1,35	6,584	0,006
LUBRICACION	84	2,172	1,008	4,683	0,046
ORGASMO	71	1,017	0,503	2,058	0,962
PROBLEMAS CON LA PENETRACION	39	1,25	0,587	2,663	0,563
ANSIEDAD ANTICIPATORIA	42	1,361	0,648	2,859	0,415

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## DIAGNÓSTICO Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

El tener diagnóstico concomitante de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial es estadísticamente significativo solo en el dominio del deseo, convirtiéndose en factor de riesgo (Tabla 7).

*Tabla 7: Prueba de hipótesis entre el de diagnóstico Diabetes más Hipertensión/Diabetes y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud Los Rosales.*

PRUEBA DE HIPOTESIS DE DIAGNOSTICO (DM-HTA/DM) PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA					
		OR	IC		Valor de p para $\chi^2$
	N		Inferior	Superior	
DESEO	105	3,778	1,416	10,084	0,006
EXCITACIÓN	84	1,551	0,738	3,26	0,245
LUBRICACION	84	0,753	0,354	1,599	0,46
ORGASMO	71	1,84	0,9	3,76	0,093
PROBLEMAS CON LA PENETRACION	39	0,77	0,360	1,648	0,501
ANSIEDAD ANTICIPATORIA	42	0,807	0,382	1,703	0,573

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## DIAGNÓSTICO > 10 AÑOS/< 10 AÑOS Y DISFUCIÓN SEXUAL FEMENINA

Tener más de 10 años de diagnóstico se estadísticamente significativo en dominios como problemas con la penetración y ansiedad anticipatoria siendo factor de riesgo (Tabla 8).

*Tabla 8: Prueba de hipótesis entre tener más de 10 años de diagnóstico de diabetes y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”.*

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE >10 y < 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA				
	OR	IC		Valor de p para $\chi^2$
		Inferior	Superior	
<b>DESEO n=105</b>	2,348	0,739	7,479	0,139
<b>EXCITACIÓN n=84</b>	1,833	0,794	4,332	0,151
<b>LUBRICACION n=84</b>	2,210	0,937	5,211	0,067
<b>ORGASMO n=71</b>	1,733	0,799	3,76	0,162
<b>PROBLEMAS CON LA</b>				
<b>PENETRACION n=39</b>	3,031	1,367	6,722	0,05
<b>ANSIEDAD</b>				
<b>ANTICIPATORIA n= 42</b>	3,474	1,574	7,674	0,02

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## ESTADO CIVIL Y DISFUCIÓN SEXUAL FEMENINO

En la tabla 9, no se observa ninguna asociación estadística significativo ya sea con chi cuadrado o por razón de ventajas (OR) entre el estado civil y los dominios de disfunción sexual femenina.

*Tabla 9: Prueba de hipótesis entre tener no tener pareja estable y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”.*

PRUEBA DE HIPOTESIS ENTRE ESTADO CIVIL PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA				
	OR	IC		Valor de p para $\chi^2$
		Inferior	Superior	
<b>DESEO n=105</b>	1,050	0,417	2,732	0,917
<b>EXCITACIÓN n=84</b>	1,148	0,519	2,404	0,714
<b>LUBRICACION n=84</b>	0,751	0,336	1,570	0,447
<b>ORGASMO n=71</b>	0,598	0,295	1,213	0,153
<b>PROBLEMAS CON LA</b>				
<b>PENETRACION n=39</b>	1,323	1,621	2,816	0,468
<b>ANSIEDAD</b>				
<b>ANTICIPATORIA n=42</b>	1,648	0,783	3,469	0,187

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## ESCOLARIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Al realizar la correlación estadística entre las variables de disfunción sexual femenina y ausencia de escolaridad (Tabla 10), se observó significancia estadística y por ende factor de riesgo en el dominio de problemas con la penetración.

*Tabla 10: Prueba de hipótesis entre ningún nivel de escolaridad/escolaridad y disfunción sexual femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”*

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE NINGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA				
	OR	IC		Valor de p para $\chi^2$
		Inferior	Superior	
<b>DESEO n=105</b>	1,96	0,236	16,39	0,524
<b>EXCITACIÓN n=84</b>	1,212	0,297	4,942	0,788
<b>LUBRICACION n=84</b>	1,212	0,297	4,942	0,788
<b>ORGASMO n=71</b>	0,773	0,212	2,814	0,695
<b>PROBLEMAS CON LA</b>				
<b>PENETRACION n=39</b>	3,818	1,012	14,403	0,036
<b>ANSIEDAD</b>				
<b>ANTICIPATORIA n=42</b>	1,386	0,369	5,204	0,628

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## **CALIDAD DE VIDA / VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DISFUNCIÓN SEXUAL**

Al analizar la relación entre Calidad de Vida y las variables demográficas no se evidenció significancia estadística la cual se realizó con T de student (Tabla 11), sin embargo son factores de riesgo edad con un promedio de calidad de vida de 18,79 para personas mayores de 61 años (IC: 0,963-3,111), promedio de calidad de vida de 18,53 para el sexo femenino, (IC: 0,749-2,656), años de diagnóstico con un promedio de 20 de calidad de vida para más de 10 años de evolución (IC: 0,486-3,158), estado civil promedio de calidad de vida de 19,23 para las personas sin pareja estable (IC:0,885-2,944).

El promedio de la Calidad de Vida en personas que padecen Disfunción Eréctil fue mayor 18,29. Se evidencio diferencias estadísticamente significativas (Tabla 11) entre los hombres que padecen disfunción eréctil en relación a los que no (IC: 0,408-0,69).

Al analizar la relación entre Disfunción sexual femenina por dominio y Calidad de Vida se evidenció que no existe significancia en el dominio del Deseo (Tabla 11) con un promedio de Calidad de Vida de 18,72 en quienes la padecen (IC: 0,889-6,252). Si existe diferencias estadísticamente significativas en los dominios de Excitación con un promedio de Calidad de Vida de 19,20 en aquellas que la padecen (IC: 1,278-5,968), Lubricación con un promedio de Calidad de Vida de 19,35 en las que la padecen (IC: 1,108-5,074), Orgasmo con un promedio de Calidad de Vida 19,34 para quienes la padecen (IC: 1,112-4,667), Problemas con la Penetración con un promedio de Calidad de Vida de 20,62 para quienes la padecen (IC: 0,974-4,55), Ansiedad Anticipatoria con un promedio de Calidad de Vida de 20,38 para quienes la padecen (IC:1,601-7,717).

*Tabla 11: Estimación de Riesgo para Mala Calidad de Vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”*

<b>ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA</b>				
	<b>T STUDENT</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Edad (&gt; 61 años)</b>	0,209	1,731	0,963	3,111
<b>Sexo (femenino)</b>	0,455	1,41	0,749	2,656
<b>Diagnóstico (DM-HTA/DM)</b>	0,724	0,795	0,443	1,426
<b>Años de diagnóstico (&gt;10 años)</b>	0,663	1,239	0,486	3,158
<b>Estado civil (sin pareja estable)</b>	0,057	1,614	0,885	2,944
<b>Instrucción (con instrucción / sin instrucción)</b>	0,555	0,864	0,287	2,597
<b>Disfunción Eréctil</b>	0,006	0,531	0,408	0,69
<b>DF-Deseo</b>	0,197	2,357	0,889	6,252
<b>DF-Excitación</b>	0,03	2,762	1,278	5,968
<b>DF-Lubricación</b>	0,01	2,371	1,108	5,074
<b>DF-Orgasmo</b>	0,041	2,278	1,112	4,667
<b>DF-Problemas con la Penetración Vaginal</b>	0,003	2,105	0,974	4,55
<b>DF-Ansiedad Anticipatoria</b>	0,006	3,515	1,601	7,717

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL

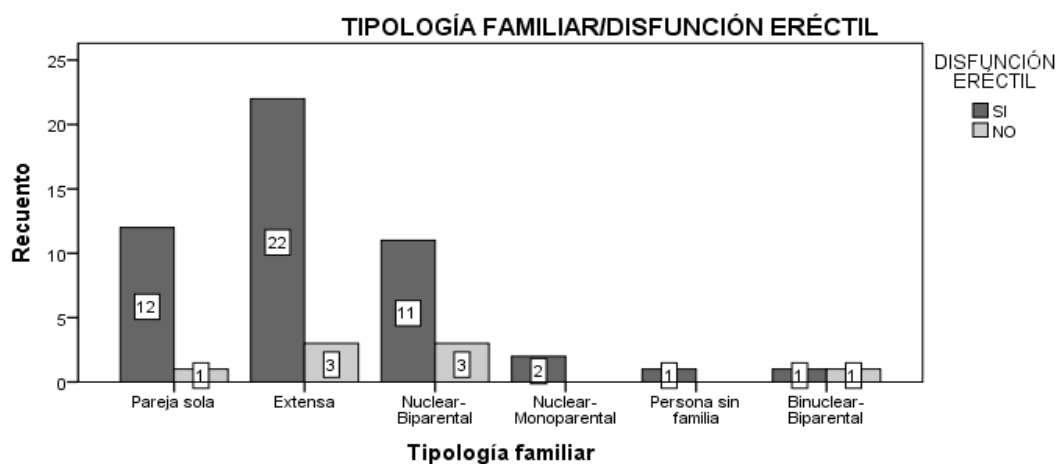
En la (Tabla 12), se puede evidenciar que los pacientes diabéticos que padecen de Disfunción Eréctil, mayoritariamente (44,89%), pertenecen a familia Extensa. La relación entre la Tipología Familiar y Disfunción Eréctil no es estadísticamente significativa ( $p=0,580$ ), o no se asocian.

*Tabla 12: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”.*

TIPLOGÍA FAMILIAR	DISFUNCIÓN ERÉCTIL n:49
Pareja sola	24,48%
Extensa	44,89%
Nuclear-Biparental	22,44%
Nuclear-Monoparental	4,08%
Persona sin familia	2,04%
Binuclear-Biparental	2,04%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

*Gráfico 6: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Eréctil en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”*



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)



## TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

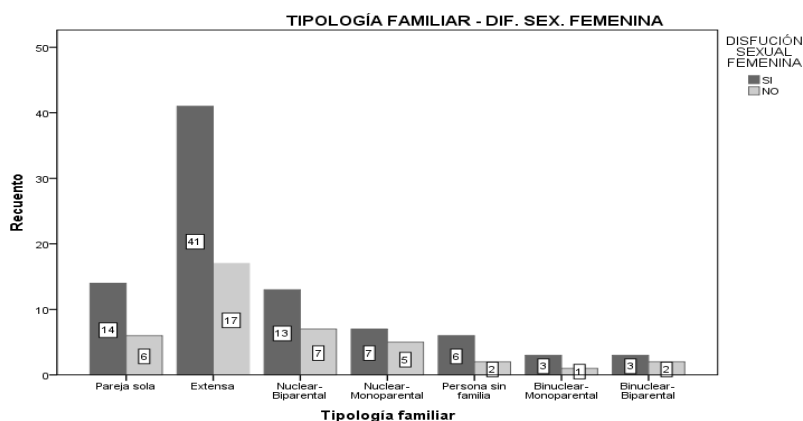
En la (Tabla 13), se puede evidenciar que las pacientes diabéticas que padecen de Disfunción sexual, mayoritariamente (47,12%), pertenecen a familia Extensa. La relación entre la Tipología Familiar y Disfunción Sexual Femenina no es estadísticamente significativa ( $p=0,975$ ), o no se relacionan.

*Tabla 13: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Sexual Femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”*

TIPLOGÍA FAMILIAR	DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA n:87
Pareja sola	16,09 %
Extensa	47,12%
Nuclear-Biparental	14,94%
Nuclear-Monoparental	8,04%
Persona sin familia	6,89%
Binuclear-Monoparental	3,44%
Binuclear-Biparental	3,44%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

*Gráfico 7: Estimación de riesgo de Tipología Familiar para Disfunción Sexual Femenina en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Centro de Salud “Los Rosales”*



Fuente: Elaborado por las autoras, en base a la investigación (octubre-noviembre 2016)

## Capítulo V

### Discusión

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas más comunes en los adultos mayores y el número está creciendo en todo el mundo. (Dardano, Penno, Del Prato, & Miccoli, 2014)

La Diabetes Mellitus repercute negativamente en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Pichon-Riviere, Irazola, Beratarrechea, Alcaraz, & Carrara, 2012). Causa complicaciones médicas, psicológicas y la disfunción sexual puede ser una señal temprana de la Diabetes Mellitus. (Elyasi, Kashi, Tasfieh, Bahar, & Khademloo, 2015)

Los datos recolectados en el presente estudio proponen conocer el impacto de la Disfunción sexual sobre la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2, los resultados encontrados son:

### DISFUNCIÓN ERÈCTIL Y CALIDAD DE VIDA

La prevalencia a nivel mundial de Disfunción Erèctil en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 se estima entre 35 a 90%, (Malavige, Wijesekara, Ranasinghe, & Levy, 2015), en este estudio la prevalencia es del 85% y es estadísticamente significativo para relación con una Mala Calidad de Vida ( $t=0,006$ ), lo que se relaciona con la estadística mundial.

La disfunción erèctil es un síntoma que provoca una disminución sustancial en la calidad de vida, (Andersson, Ekström, & Lehtihet, 2015). El estudio fue realizado en 57 hombres diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 en donde se evidenció que la Disfunción Erèctil está relacionada con una Mala Calidad de Vida, esto se comprobó

mediante t de student, pero no se pudo comprobar con el OR ni el IC 95%. Esto puede explicarse por distintos mecanismos de compensación presentes en la cultura, que no han sido contemplados en el estudio.

En este estudio la edad no es estadísticamente significativo ( $p=0,172$ ), lo que se pudo comprobar con el OR ni el IC 95%. Ziaei et al. Informó similares resultados para hombre con Disfunción Eréctil en Irán. (Ziaei-Rad, Vahdaninia, & Montazeri, 2010) (Omidvar, Niaki, Amiri, & Kheyrkhah, 2013), pero en otros estudios, incluso de diferentes países han informado de la edad como factor determinante en disfunción sexual masculina en los pacientes con Diabetes Mellitus. (Ziaei-Rad et al., 2010) (Maiorino et al., 2014) La prevalencia de Disfunción Eréctil aumenta con la edad, especialmente después de los 60 años, (DeLay et al., 2016).

El estudio demostró que no existe asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,686$ ), entre el estado civil y la disfunción eréctil. Uno de los efectos de la de la Disfunción Eréctil es la disminución de la autoestima, confianza en sí mismo y sentido de la masculinidad, lo que conlleva a evitar al conyugue, el aislamiento social, la negación y la aceptación. La relación con la familia tiende a tambalear, (Ozgoli, Ziaei, Ahmadi, & Azar, 2014). Culmina en disolución de la pareja, lo cual es factor de riesgo para perpetuar aún más el cuadro, teniendo en cuenta que el rol femenino es fundamental para el ego en un hombre heterosexual. (Cornwell & Laumann, 2011)

## **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y CALIDAD DE VIDA**

El sexo es una función clave del ser humano y tiene un papel fundamental en la vida reproductiva. Esta función es integrada por factores físicos, emocionales y psicológicos y afecta la calidad de vida. De hecho, se ha sugerido que los

problemas en la función sexual podrían dar lugar a un empeoramiento del bienestar general y la calidad de vida en general. (Maasoumi & Lamyian, 2013),

La Salud Sexual a menudo ha sido olvidado en la atención de salud de los pacientes diabéticos y los estudios recientes sugieren que la Disfunción sexual se produce en una gran proporción de estos pacientes. (Fatemi & Taghavi, 2009) (Elyasi et al., 2015)

Este estudio fue realizado a 127 mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados indicaron que las pacientes se ven afectados moderadamente por la Disfunción Sexual (68,5%), siendo estadísticamente significativo para 5 dominios excepto en el Deseo en relación a la Calidad de Vida de las pacientes. Un estudio realizado en Irán en 50 mujeres casada con Diabetes Mellitus Tipo 2 y 40 mujeres no diabéticas en 2009 mostró que la diabetes afecta significativamente la función sexual. (Fatemi & Taghavi, 2009) Otro estudio realizado en Irán en 200 pacientes (100 hombres y 100 mujeres) con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 mostró que la prevalencia de Disfunción sexual era notablemente alta entre los casos mencionados (82,5%), informando que han experimentado al menos un tipo de Disfunción Sexual. (Ziaei-Rad et al., 2010) Otro estudio realizado por Esposito en 2010, evaluó la Disfunción Sexual Femenina en 595 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en donde encontró una prevalencia global de 53,4%. (Esposito et al., 2010)

En este estudio, se pudo analizar que la disfunción en los diferentes dominios se presentó de la siguiente manera: Deseo en el 82,68%, Excitación en el 66,51%, Lubricación 66,61%, Orgasmo en el 55,91%, Problemas con la Penetración en el 30,7%, y finalmente el 33,07% tenían problemas de Ansiedad Anticipatoria. Un estudio realizado en Irán por Elyasi y colaboradores en 2012 en 50 pacientes diabéticas, informaron la prevalencia de disfunción sexual por dominios, Deseo y Exitación en el 50% de los pacientes,

problemas de Lubricación en el 58%, problemas en el Orgasmo 32,7%, problemas con la Penetración 47,3% y finalmente problemas con la satisfacción en el 32,7%. (Elyasi et al., 2015) Otro estudio, también demostró la lubricación vaginal reducida en mujeres diabéticas.(Omidvar et al., 2013)

Ya sea que el deseo sexual se ve afectada por la diabetes sigue siendo controvertido, ya que algunos estudios han demostrado una disminución de 20-78% en el deseo en las mujeres diabéticas (con la mayor prevalencia encontrada en la diabetes tipo 2), mientras que otros estudios no han encontrado ningún efecto en absoluto. (Fatemi & Taghavi, 2009) (Ali, Hajeri, Khader, Shegem, & Ajlouni, 2008) (Omidvar et al., 2013)

La incidencia de problemas de excitación en las mujeres con diabetes también es muy variada, dependiendo del tipo de diabetes, y varía desde 14 hasta 75% a ningún efecto en absoluto. (Fatemi & Taghavi, 2009) (Ali et al., 2008) (Omidvar et al., 2013) En lo que respecta al orgasmo, como en este estudio, la mayoría de los estudios han indicado problemas en las mujeres con diabetes que van desde 10-84%. (Fatemi & Taghavi, 2009), (Elyasi et al., 2015) Por último, el riesgo de tener problemas con la penetración (dispareunia) en mujeres con diabetes varía de cero a 43%, con prevalencia más alta en la diabetes tipo 2. (Bargiota, Dimitropoulos, Tzortzis, & Koukoulis, 2011) (Elyasi et al., 2015) A pesar de la incompatibilidad que existe en la literatura relativa a los dominios de la función sexual, parece evidente que el efecto de la diabetes sobre la sexualidad femenina es diferente y podría afectar a todos los dominios de la función sexual.

En este estudio, se evidenció que en 3 dominios (Deseo, Excitación y Lubricación) existe relación estadísticamente significativa con la edad. Ziaei et al. informó que la edad no es estadísticamente significativa en Disfunción sexual Femenina en Irán. (Ziaei-Rad et al., 2010) (Omidvar et al., 2013), pero en otros estudios, han informado de

la edad como factor concluyente en disfunción sexual femenina en los pacientes con Diabetes Mellitus. (Ziaei-Rad et al., 2010) (Maiorino et al., 2014)

En este estudio tener pareja estable no es estadísticamente significativo para la disfunción sexual ni para la Calidad de Vida, lo que se comprobó con OR e IC 95%. Guibert es su estudio determinó que los factores psicosociales, estaban causados por alteraciones psíquicas afines con conflictos internos, necesidades insatisfechas y problemas de pareja. (Guibert Reyes, Prendes Labrada, & Portuondo Vicente, n.d.) Vega en 2014 analizó el efecto de la Disfuncionalidad conyugal ( $p=0,012$  OR= 26,8 IC95%: 13,04-217,43) sobre la disfunción sexual femenina concluyendo que, el aspecto conyugal debe ser manejado cuidadosamente para lograr una correcta aproximación médico-paciente. (Vega M et al., 2014)

## **Conclusiones**

En este estudio se evidencia que la prevalencia del Disfunción Sexual fue alta en los pacientes diabéticos de ambos sexos con predominio en hombres.

Otras variables demográficas no mostraron relación con la frecuencia de Disfunción sexual en la población de estudio.

La Calidad de Vida en los hombres no se ve afectada por la presencia de Disfunción Eréctil, contrario a lo que sucede en el sexo femenino, en donde la Disfunción Sexual está relacionada con una mala calidad de vida.

La Tipología Familiar identificada más frecuente de los pacientes diabéticos que presentaron Disfunción sexual es la extensa, seguida de pareja sola.

En este estudio se encontró una relación significativa entre los dominios de Función sexual femenina con disfunción y la presencia de una Mala Calidad de Vida.

La asociación de una mala calidad de vida y la disfunción sexual es aplicable al sexo femenino, más no para el masculino.

## **Fortalezas**

El estudio nos permitió ampliar la visión del paciente y las investigadoras sobre la sexualidad.

## **Limitaciones**

Las investigadoras admiten un sesgo en la fidelidad de la información recibida, debido a que las relaciones sexuales son cuestiones particulares de la

vida conyugal, por lo que la mayoría de los pacientes pueden no ser capaces de hablar francamente sobre sus problemas sexuales debido a las limitaciones culturales y religiosas de la sociedad.

Los instrumentos utilizados no son completamente precisos, aunque están estandarizados, tienen características diferentes para cada género y valoran diferentes puntuaciones y dominios, y además no tiene un punto de corte para la variable de interés, por lo que fue necesaria su adaptación.

### **Recomendación**

#### **PACIENTES**

Las investigadoras consideran que se requiere mayor educación para los pacientes diagnosticados de Diabetes, sobre las complicaciones de la patología y su relación con la sexualidad, sobre todo en el ámbito de la sexualidad ya que se percataron que no es un tema fácil de abordar por el desconocimiento de los derechos sexuales.

Reforzar e incentivar a mejorar la comunicación con la pareja.

#### **PERSONAL DE SALUD**

Se recomienda que la Disfunción Sexual debe abordarse con mayor precisión, empleando el tiempo necesario para valorar a cada paciente de esta manera lograr una buena relación médico paciente.

Implementar a la consulta médica instrumentos que valoren de manera integral a los pacientes, y poder realizar una intervención oportuna.

#### **INSTITUCIÓN**



Incrementar el tiempo asignado para valorar a los pacientes de manera holista, además asignar un espacio adecuado para abordar temas muy sensibles como la sexualidad.

## **INVESTIGACION**

Se recomienda que se amplíen los estudios en torno a la sexualidad ya que se percataron de las escasas investigaciones en el país y ausencia en la provincia. Para posteriores trabajos se debe implementar instrumentos que agrupen de manera más homogénea dominios correspondientes a los dos géneros.

## Bibliografía

- Ali, R. M. A., Hajeri, R. M. Al, Khader, Y. S., Shegem, N. S., & Ajlouni, K. M. (2008). Sexual dysfunction in jordanian diabetic women. *Diabetes Care*, 31(8), 1580–1581. <http://doi.org/10.2337/dc08-0081>
- Agencia. (21 de octubre de 2009). *Disfunciones sexuales en latinoamericanas*. Recuperado el 21 de mayo de 2016, de salud: <http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/107761/disfunciones-sexuales-latinoamericanas/>
- American Diabetes Association. (2016). *La vida diaria*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/para-padres-y-ninos/la-vida-diaria/>
- Andersson, D. P., Ekström, U., & Lehtihel, M. (2015). Rigiscan evaluation of men with diabetes mellitus and erectile dysfunction and correlation with diabetes duration, Age, BMI, Lipids and HbA1c. *PLoS ONE*, 10(7), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0133121>
- Ángel Celada Rodríguez, P. J. (2012;). Calidad de vida en pacientes con disfunción eréctil. *Revista Internacional de Andrología*, 10(1), 1-20.
- Armas Norma, D. L. (2007). *Las familias por dentro*. Quito: América.
- Balon, R. (2015). Burden of sexual dysfunction. *Journal of sex & marital therapy*, 18.
- Bargiota, A., Dimitropoulos, K., Tzortzis, V., & Koukoulis, G. N. (2011). Sexual dysfunction in diabetic women, 10(3), 196–206.

Bautizta, L. (2016). *Calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2*. Obtenido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/97>

60

Behzadifar, M. (2016). The Role of Socioeconomic Status on Health-Related Quality of Life in the West of Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(7), 10–13. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18349.8189>

Cano, D. (2016). *Emociones de quienes viven con diabetes*. Obtenido de [http://www.salud180.com/salud-dia-dia/5-emociones-de-quienes-viven-con-diabetes-](http://www.salud180.com/salud-dia-dia/5-emociones-de-quienes-viven-con-diabetes-0)

0

Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2014). Applications of a WHO-designed instrument for the quality of life evaluation . *Revista Cubana de Salud Publica*, 40(2), 175–189. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84902000067&partnerID=40&md5=b56b2566a2f62dbeec3cb83e88751003>

Cardona, D., & Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79–90.

Carvajal, E. Y., Velandia, M., & Especialista, E. (2014). *ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERIA*. FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ.

Celada Rodríguez Ángel, P. J. (2010). Calidad de vida en pacientes con disfunción eréctil. *Revista Internacional de andrología*, 10(1), 11-20.

Centro Clínico Médico - Psicológico. (s.f.). Obtenido de 2016: [http://www.psimed.cl/diabetes\\_y\\_sexualidad.html](http://www.psimed.cl/diabetes_y_sexualidad.html) dmedicina.com. (2016). *Disfunción*

*erectil*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/urologicas/impotencia-disfuncion-erectil.html>

- Copeland, K. L., Brown, J. S., Creasman, J. M., Van Den Eeden, S. K., Subak, L. L., Thom, D. H., ... Huang, A. J. (2012). Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology*, 120(2 Pt 1), 331–40. <http://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31825ec5fa>
- Cornwell, B., & Laumann, E. O. (2011). Network position and sexual dysfunction: implications of partner betweenness for men. *AJS; American Journal of Sociology*, 117(1), 172–208. <http://doi.org/10.1086/661079>
- Corona, G., Giorda, C. B., Cucinotta, D., Guida, P., & Nada, E. (2016). Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetes at Diagnosis: Progression over Time and Drug and Non-Drug Correlated Factors. *Plos One*, 11(10), e0157915. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0157915>
- Dardano, A., Penno, G., Del Prato, S., & Miccoli, R. (2014). Optimal therapy of type 2 diabetes: A controversial challenge. *Aging*, 6(3), 187–206. <http://doi.org/10.18632/aging.100646>
- DeLay, K. J., Haney, N., & Hellstrom, W. J. (2016). Modifying Risk Factors in the Management of Erectile Dysfunction: A Review. *The World Journal of Men's Health*, 34(2), 89–100. <http://doi.org/10.5534/wjmh.2016.34.2.89>
- Edwards, D., & Panay, N. (2016). Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric*, 19(2), 151–161. <http://doi.org/10.3109/13697137.2015.1124259>
- Elyasi, F., Kashi, Z., Tasfieh, B., Bahar, A., & Khademloo, M. (2015). Sexual dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 40(3), 206–

213.

Endocrinol, R. C., Carlos, J., Mestre, R., & Puig, M. E. L. (2000). Revisión bibliográfica, *11*(2), 105–120.

Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., ... Cleary, P. A. (2009). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: Long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. *Diabetes Care*, *32*(5), 780–785. <http://doi.org/10.2337/dc08-1164>

Ersilia Satta, C. M. (2014). Sexual Dysfunction in Women with Diabetic Kidney. *International Journal of Endocrinology*, 1-6.

Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res*, *22*(3), 179–184. <http://doi.org/10.1038/ijir.2010.6>

Fatemi, S. S., & Taghavi, S. M. (2009). Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Vascular Disease Research : Official Journal of the International Society of Diabetes and Vascular Disease*, *6*(1), 38–39. <http://doi.org/10.3132/dvdr.2009.07>

Fenlon, D., Powers, C., Simmonds, P., Clough, J., & Addington-Hall, J. (2014). The JACS prospective cohort study of newly diagnosed women with breast cancer investigating joint and muscle pain, aches, and stiffness: pain and quality of life after primary surgery and before adjuvant treatment. *BMC Cancer*, *14*(1), 467. <http://doi.org/10.1186/1471-2407-14-467>

Fernández-mayoralas, G., Investigación, M. D. E., Fernández, G. F., & Pérez, F. R. (2005).

Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación.

García, F. E. (2016). Relaciones de pareja y bienestar psicológico, (January 2015).

Gaspar Ramón Claudia Edith, D. M. (2013). Frecuencia de disfunción sexual en un grupo de pacientes diabéticas mexicanas. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 29(1), 44-53.

Guibert Reyes, W., Prendes Labrada, M., & Portuondo Vicente, O. (n.d.). Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(1), 15–21. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Häuser, W., Wolfe, F., Henningsen, P., Schmutzer, G., Brähler, E., & Hinz, A. (2014). Untying chronic pain: prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population - a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14(1), 352–359. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-352>

He, Q., Johnston, J., Zeitlinger, J., City, K., & City, K. (2015). Basic Science Evidence for the Link Between Erectil Dysfuntion and Cardiometabolic Dysfunction, 33(4), 395–401. <http://doi.org/10.1038/nbt.3121.ChIP-nexus>

Heidari, M., & Ghodusi, M. (2016). Relationship of Assess Self-esteem and Locus of Control with Quality of Life during Treatment Stages in Patients Referring to Drug Addiction Rehabilitation Centers. *Materia Socio Medica*, 28(4), 263. <http://doi.org/10.5455/msm.2016.28.263-267>

Hemati, Z., & Kiani, D. (2016). The relationship between self-esteem and quality of life of

- patients with idiopathic thrombocytopenic purpura at Isfahan's Sayed Al-Shohada Hospital, Iran, in 2013. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, 10(2), 79–84. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L609944863%0Ahttp://lh-bvsvp.cineca.it/Ccube/openclink.do?sid=EMBASE&issn=20082207&id=doi:&atitle=The+relationship+between+self-esteem+and+quality+of+life+of+patients+with+idiopathic+>
- Hernández, A. (2016). *Disfunción erectil: Síntoma de Diabetes*. Obtenido de <http://www.diabetesbienestarysalud.com/2014/05/disfuncion-erectil-comun-en-hombres-con-diabetes/>
- Hollander, A. B., Pastuszak, A. W., Hsieh, T.-C., Johnson, W. G., Scovell, J. M., Mai, C. K., & Lipshultz, L. I. (2016). Cabergoline in the Treatment of Male Orgasmic Disorder—A Retrospective Pilot Analysis. *Sexual Medicine*, 4(1), e28–e33. <http://doi.org/10.1016/j.esxm.2015.09.001>
- Ibrahim, N., Teo, S. S. L., Din, N. C., Gafor, A. H. A., & Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PLoS ONE*, 10(7), 1–11. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129015>
- Inoue, S., Kobayashi, F., Nishihara, M., Arai, Y.-C. P., Ikemoto, T., Kawai, T., ... Ushida, T. (2015). Chronic Pain in the Japanese Community-Prevalence, Characteristics and Impact on Quality of Life. *PloS One*, 10(6), e0129262. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129262>
- Jamali, S., Rahmanian, A., & Javadpour, S. (2016). Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Reproductive*

*Medicine*, 14(1), 29–38.

- Ke, X., Liu, C., & Li, N. (2010). Social support and Quality of Life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake. *BMC Public Health*, 10(1), 573. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-573>
- Kim, N. N., Stankovic, M., Cushman, T. T., Goldstein, I., Munarriz, R., & Traish, A. M. (2006). Streptozotocin-induced diabetes in the rat is associated with changes in vaginal hemodynamics, morphology and biochemical markers. *BMC Physiology*, 6, 4. <http://doi.org/10.1186/1472-6793-6-4>
- Kontula, O., & Miettinen, A. (2016). Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(0), 1–21. <http://doi.org/10.3402/snp.v6.31624>
- Lin, G. G., & Scott, J. G. (2012). NIH Public Access, 100(2), 130–134. <http://doi.org/10.1016/j.pestbp.2011.02.012>. Investigations
- Lino, C. (2013). *Tratamiento nutricional en diabetes mellitus II*. Obtenido de <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/24911/1/TesinaLino.pdf>
- Lizan, L. (2016). *La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-especifico-diabetes-13031464>
- Louro, I. (enero-marzo de 2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1). [madina-azparren.com](http://www.madina-azparren.com). (2016). *Causas de la disfunción erectil*. Obtenido de <http://www.madina-azparren.com/salud-sexual/disfuncion-erectil-impotencia/causas/>
- Maasoumi, R., & Lamyian, M. (2013). The sexual quality of life-female (SQOL-F)



- questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reproductive Health Matters*, 10(25), 1–6. <http://doi.org/10.1186/1742-4755-10-25>
- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Women's Health*, 15, 49. <http://doi.org/10.1186/s12905-015-0201-6>
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., & Esposito, K. (2014). Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 95–105. <http://doi.org/10.2147/DMSO.S36455>
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., & Esposito, K. (2015). Lifestyle modifications and erectile dysfunction: what can be expected? *Asian Journal of Andrology*, 17(1), 5–10. <http://doi.org/10.4103/1008-682X.137687>
- McCulloch, D. (2014). *Erectile dysfunction in diabetes mellitus*. Obtenido de [http://www.uptodate.com/contents/erectile-dysfunction-in-diabetes-mellitus?source=search\\_result&search=vida+sexual+en+diabetes&selectedTitle=20~150](http://www.uptodate.com/contents/erectile-dysfunction-in-diabetes-mellitus?source=search_result&search=vida+sexual+en+diabetes&selectedTitle=20~150)
- Malavige, L. S., Wijesekara, P., Ranasinghe, P., & Levy, J. C. (2015). The association between physical activity and sexual dysfunction in patients with diabetes mellitus of European and South Asian origin: The Oxford Sexual Dysfunction Study. *European Journal of Medical Research*, 20(1), 90. <http://doi.org/10.1186/s40001-015-0186-5>
- Marc Agronin, M. (2016). Overview of male sexual dysfunction. *UpToDate*.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*,

1:e27, 141–148. <http://doi.org/10.4082/hpr.2013.e27>

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa Guía didáctica*.  
Neiva: Universidad Surcolombiana.

Montazeri, H., Bouzari, S., Azadmanesh, K., Ostad, S. N., & Ghahremani, M. H. (2015).  
Divergent behavior of cyclin E and its low molecular weight isoforms to  
progesterone-induced growth inhibition in MCF-7 cells. *Adv Biomed Res*, 4(16), 1–7.  
<http://doi.org/10.4103/2277>

Morlion, B., Clemens, K. E., & Dunlop, W. (2015). Quality of life and healthcare resource in  
patients receiving opioids for chronic pain: a review of the place of oxycodone/naloxone.  
*Clinical Drug Investigation*, 35(1), 1–11. <http://doi.org/10.1007/s40261-014-0254-6>

Muñoz, N. (2016). *La salud y la calidad de vida*. Obtenido de  
<http://www.efdeportes.com/efd127/actividades-fisicas-mas-convenientes-para-la-mejora-de-la-salud.htm>

Nicklett, E. J., Heisler, M. E. M., Spencer, M. S., & Rosland, A. (2013). Direct social support  
and long-term health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes mellitus.  
*Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6),  
933–43. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbt100>.

Of, S., & Care diabetes, M. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes d 2016, 39(January).

Oliva, J., et al. (2012). *Estudio sobre la calidad de vida de las personas con diabetes*. Obtenido  
de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/53/estudio-sobre-la-calidad-de-vida-de-las-personas-con-diabetes>

Omidvar, S., Niaki, M. T., Amiri, F. N., & Kheyrkhah, F. (2013). Sexual dysfunction among

- women with diabetes mellitus in a diabetic center in Amol. *J Nat Sci Biol Med*, 4(2), 321–324. <http://doi.org/10.4103/0976-9668.116992>
- Ootim, B. (2001). Social support. *Nursing Management*, 7(9), 22–24. <http://doi.org/10.1007/s12160-013-9585-4>.Diabetes
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. *Who*, 3–5. Retrieved from <http://archives.who.int/tbs/trm/s4930s.pdf>
- Ozgoli, G., Ziaei, S., Ahmadi, F., & Azar, M. (2014). Transition stages in adjustment of wives with their husbands' erectile dysfunction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(3), e16594. <http://doi.org/10.5812/ircmj.16594>
- PAHO/WHO. (2000). Promoción de la salud sexual.
- Park, K., Ahn, K., Chang, J. S., Lee, S.-E., Ryu, S. B., & Park, Y. I. L. (2002). Diabetes Induced Alteration of Clitoral Hemodynamics and Structure in The Rabbit. *The Journal of Urology*, 168(3), 1269–1272. [http://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)64638-1](http://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64638-1)
- Pedersen, M. B., Giraldi, A., Kristensen, E., Lauritzen, T., Sandbaek, A., & Charles, M. (2015). Prevalence of sexual desire and satisfaction among patients with screen-detected diabetes and impact of intensive multifactorial treatment: results from the ADDITION-Denmark study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 3–10. <http://doi.org/10.3109/02813432.2014.1002295>
- Pichon-Riviere, A., Irazola, V., Beratarrechea, A., Alcaraz, A., & Carrara, C. (2012). Satisfaction with treatment in type 2 diabetes patients requiring insulin treatment in Buenos Aires, Argentina. *Health Outcomes Research in Medicine*, 3(4), 475–480.

<http://doi.org/10.1016/j.ehrm.2012.11.001>

Piñol Jané, C. S. (2004). Importancia de la evaluación de la calidad de vida. *Gastroenterol Hepatol*, 3, 49-55.

Prieto Castro Rafael, P. C. (2010). EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. FACTORES DE RIESGO. *Archivos Españoles de Urologia*, 63(8), 637-639.

Ramli, M., Nora, M. Z., Roszaman, R., & Hatta, S. (2012). Vaginismus and subfertility: Case reports on the association observed in clinical practice. *Malaysian Family Physician*, 7(1), 24–27.

Robertson, M. (2011). *Disfunción sexual en personas con diabetes*. Obtenido de [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_425\\_es.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_425_es.pdf)

Rota, E., & Morelli, N. (2016). Entrapment neuropathies in diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 7(17), 342–353. <http://doi.org/10.4239>

Rubio y Díaz. (2016). *Disfunciones sexuales*. Obtenido de <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-sexuales/>

Ryu, J. K., Cho, K. S., Kim, S. J., Oh, K. J., Kam, S. C., Seo, K. K., ... Kim, S. W. (2013). Korean Society for Sexual Medicine and Andrology (KSSMA) Guideline on Erectile Dysfunction. *World J Mens Health*, 31(2), 83–102. <http://doi.org/10.5534/wjmh.2013.31.2.83>

Safron, A. (2016). What is orgasm? A model of sexual trance and climax via rhythmic entrainment. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(0), 1–17. <http://doi.org/10.3402/snp.v6.31763>

- Schwartzmann, L. (2016). *Calidad de vida relacionada con la salud*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)
- Sally, R. (2014). *Tipos de disfunción sexual*. Obtenido de [http://www.news-medical.net/health/Types-of-Sexual-Dysfunction-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Types-of-Sexual-Dysfunction-(Spanish).aspx)
- Santana, B. (2013). *Tratamientos alternativos para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital “Rodríguez Zambrano” de Manta*. Obtenido de <https://tesisdiabetes.wordpress.com/2012/09/07/tesis-de-grado/>
- Sariarslan, H. A. H. A., Gulhan, Y. B. Y. B., Unalan, D., Basturk, M., & Delibas, S. (2015). The relationship of sleep problems to life quality and depression. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 20(3), 236–42. <http://doi.org/10.17712/nsj.2015.3.20150157>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9–21. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Shifren Jan L, (2016). Sexual dysfunction in women: Management. *UpToDate*.
- Shifren Jan L, (2016). Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. (M. Robert L Barbieri, Ed.) *UpToDate*.
- Simonelli, G., Leanza, Y., Boilard, A., Hyland, M., Augustinavicius, J. L., Cardinali, D. P., ... Vigo, D. E. (2013). Sleep and quality of life in urban poverty: the effect of a slum housing upgrading program. *Sleep*, 36(11), 1669–76. <http://doi.org/10.5665/sleep.3124>
- Solis Urbano, H. I. (2014). Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*, XVI(2), 76-89.
- Stephenson, K. R., Ahrold, T. K., & Meston, C. M. (2011). NIH Public Access. *Archives of*

- Sexual Behavior*, 40(3), 607–618. <http://doi.org/10.1007/s10508-010-9674-4>.The
- Strizzi, J., Olabarrieta Landa, L., Pappadis, M., Olivera, S. L., Valdivia Tangarife, E. R., Fernandez Agis, I., ... Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls. *Behavioural Neurology*, 2015. <http://doi.org/10.1155/2015/247479>
- Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 30(1), 718–4808. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vega M, G., Flores C, P. J., Ávila M, J., Becerril S, A., Vega M, A. J., Camacho C, N., & García S, P. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 79(2), 81–85. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262014000200003>
- Vinik, A. I., & Casellini, C. M. (2013). Guidelines in the management of diabetic nerve pain: Clinical utility of pregabalin. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 57–78. <http://doi.org/10.2147/DMSO.S24825>
- Violante, M. (2013). *La diabetes y las emociones*. Obtenido de <http://www.estudiabetes.org/foro/t/las-emociones-y-la-diabetes-conoces-su-importancia/5668>
- William K B A Owired, et al. (2015). *Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghana*. Obtenido de <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0206-8>
- Ziaei-Rad, M., Vahdaninia, M., & Montazeri, A. (2010). Sexual dysfunctions in patients with

diabetes: a study from Iran. *Reproductive Biology and Endocrinology*: *RB&E*, 8, 50.

<http://doi.org/10.1186/1477-7827-8-50>

## Anexos

### *Anexo 1: Operacionalización de las variables.*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual	Tiempo transcurrido	Datos generales	Años cumplidos	Ordinal
<b>Sexo</b>	Característica fenotípica que diferencia hombre y mujer	Característica fenotípica	Datos generales	Hombre Mujer	Nominal
<b>Estado civil</b>	Situación marital, más allá del aspecto legal.	Condición civil	Datos generales	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Nominal
<b>Escolaridad</b>	Educación formal que ha recibido el individuo al momento de aplicación del instrumento de recolección de datos.	Años finalizados de estudios	Datos generales	Primaria Secundaria Superior Ninguno	Nominal
<b>Años de diagnóstico de la enfermedad.</b>	Años que han pasado desde el diagnóstico de la enfermedad		Tiempo transcurrido	Años	Ordinal



<b>Calidad de vida</b>	“La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos, y preocupaciones”. OMS.	Forma física	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Sentimientos	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Actividades cotidianas	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Actividades sociales	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Cambios en el estado de salud	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Estado de salud	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
		Dolor	Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de Escala COOP/WONCA	Muy bueno 1, 2, 3, 4, 5 muy malo	Nominal
<b>Disfunción sexual</b>	Son problemas en la respuesta sexual humana (el <b>deseo</b> , la <b>excitación</b> y el <b>orgasmo</b> ) que usualmente impiden el desarrollo de una vida íntima plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.	<b>Masculina</b> Función eréctil	Pregunta 1 Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la escala cuestionario de disfunción eréctil IIEF-5	1 Muy bajo 2 Baja 3 Moderada 4 Alta 5 Muy alta	Nominal
		Función orgásmica	Pregunta 2 Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la escala cuestionario de disfunción eréctil IIEF-5	1 Nunca/Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 La mayoría de las veces 5 Casi siempre/Siempre	Nominal
		Deseo sexual	Pregunta 3 Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la escala cuestionario de disfunción eréctil IIEF-5	1 Nunca/Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 La mayoría de las veces 5 Casi siempre/Siempre	Nominal
		Satisfacción con la relación	Pregunta 4 Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la escala cuestionario de disfunción eréctil IIEF-5	1 Extremadamente difícil 2 Muy difícil 3 Difícil 4 Ligeramente difícil	Nominal

				5 No difícil	
		Satisfacción global	Pregunta 5 Ítems 1, 2, 3, 4, 5 de la escala cuestionario de disfunción eréctil IIEF-5	1 Nunca/Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 La mayoría de las veces 5 Casi siempre/Siempre	Nominal
		<b>Femenina</b> Deseo	Ítems 1, 2, 4 del cuestionario de evaluación FSM	1-3 puntos trastorno severo 4-7 trastorno moderado 8-15 sin trastorno	Nominal
		Excitación	Ítems 3, 4, 5 del cuestionario de evaluación FSM	1-3 puntos trastorno severo 4-7 trastorno moderado 8-15 sin trastorno	Nominal
		Lubricación	Ítems 5 el cuestionario de evaluación FSM	1 puntos trastorno severo 2 trastorno moderado 3-5 sin trastorno	Nominal
		Orgasmo	Ítems 9 del cuestionario de evaluación FSM	1 puntos trastorno severo 2 trastorno moderado 3-5 sin trastorno	Nominal
		Problemas con la penetración vaginal	Ítems 6, 7a, 8 del cuestionario de evaluación FSM	1-3 puntos trastorno severo 4-7 trastorno moderado 8-15 sin trastorno	Nominal
		Ansiedad anticipatoria	Ítems 8 de del cuestionario de evaluación FSM	1 puntos trastorno severo 2 trastorno moderado 3-5 sin trastorno	Nominal
		Iniciativa sexual	Ítems 10 de del cuestionario de evaluación FSM	1 ausencia de iniciativa 2 iniciativa moderado 3-5 sin problema de iniciativa	Nominal

		Grado de comunicación sexual	Ítems 11 de del cuestionario de evaluación FSM	1 ausencia de comunicación sexual 2 comunicación sexual moderado 3-5 sin problema de comunicación sexual	Nominal
		Satisfacción de la actividad sexual	Ítems 9,13 de del cuestionario de evaluación FSM	1-2 insatisfacción 3-5 satisfacción moderado 6-10 satisfactorio	Nominal
		Satisfacción sexual general	Ítems 14 de del cuestionario de evaluación FSM	1 insatisfacción sexual general 2 satisfacción sexual general moderado 3-5 satisfacción sexual general	Nominal
		Actividad sexual sin penetración vaginal	Ítems 7b de del cuestionario de evaluación FSM	a.- Dolor b.-Miedo a la penetración c.-Falta de interés para la penetración d.- No tener pareja sexual e.- Incapacidad por parte de su pareja	Nominal
		Frecuencia de la actividad sexual	Ítems 12 de del cuestionario de evaluación FSM	a.- 1-2 veces b.- de 3 a 4 veces c.- de 5 a 8 veces d.- De 9 a 12 veces e.- Más de 12 veces	Nominal
		Existencia o no de la actividad sexual	Ítems 11 de del cuestionario de evaluación FSM	a.- Si b.- No	Nominal

<b>Tipología Familiar según su estructura</b>	Familia: La unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa o cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras, en el cuidado de los hijos propios o adoptados.	Familia Extensa	Hogares en las cuales viven más de dos generaciones	Abuelos/as con su/sus hijo/a (s)casados junto con su(s) pareja(s) Abuelos/as con su/sus hijo/a (s)casados junto con sus parejas y /o sus hijos Abuelos con sus nietos	Nominal
		Familia nuclear	Familiar constituidas por los padres e hijos	Padres e hijos	Nominal
		Personas sin familia	Adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos; ancianos viviendo solos	Adultos solos	Nominal
		Equivalentes familiares	Individuos adultos que viven bajo el mismo techo y están organizados alrededor de las actividades importantes desarrolladas en común	Amigos que viven juntos	Nominal
		Familia corporativa	Grupo de individuos que viven bajo el mismo techo y están organizados alrededor de actividades importantes desarrolladas en común	Comunidades religiosas Comunidades Tsáchilas	Nominal
		Familia ampliada	Cualquiera de las formas de familia mencionadas anteriormente puede ampliarse con la presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos	Familia con pariente	Nominal

Anexo 2: Cuestionario evaluador de a Función Sexual de la Mujer –FSM



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-MSP**

**SEDE SANTO DOMINGO**

ESTUDIO DEL EFECTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE CRÓNICO METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD “LOS ROSALES”, SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS DESDE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2016

Autoras: Md. Paulina Mayorga

Md. Glenda Duchi

**CUESTIONARIO EVALUADOR DE A FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER – FSM-**

Fecha: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCION SEXUAL DE LA MUJER**  
**FSM**

Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 Ítems.

**Pregunta llave**

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.	SI
		NO

Si la respuesta es “Sí” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

Ítems	Ítems	respuesta	
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	

4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo, sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
7	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de Interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: el término “con	Nunca	
		Raramente	
		A veces	

	otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.	A menudo	
		Casi siempre - siempre	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - siempre	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	

Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Validado en España en una muestra de mujeres con edad media de  $40,98 \pm 10,93$  años. F Sánchez, M Pérez Conchillo, JJ Borrás Valls, O Gómez Llorens, J Aznar Vicente, A Caballero Martín de las Mulas.



*Anexo 3: Índice Internacional de Función Eréctil IIEF-5*

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-MSP**

**SEDE SANTO DOMINGO**

ESTUDIO DEL EFECTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE CRÓNICO METABÓLICOS DEL CENTRO DE SALUD “LOS ROSALES”, SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS DESDE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2016

Autoras: Md. Paulina Mayorga

Md. Glenda Duchi

**ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERECTIL IIEF-5**

Fecha:

Código

***Instrucciones***

Por favor, marque con una X la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses. Es preciso hacer dos aclaraciones:

- Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles.
- Marque el número que mejor describa su situación.
- Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta.
- \* El acto sexual se define como la penetración de la pareja.
- \* La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

En los últimos seis meses:

1. ¿Cómo califica la confianza que tiene en poder conseguir y mantener una erección?	
<input type="checkbox"/>	Muy baja
<input type="checkbox"/>	Baja
<input type="checkbox"/>	Moderada
<input type="checkbox"/>	Alta
<input type="checkbox"/>	Muy alta
2. Cuando tiene erecciones mediante estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones tienen la dureza suficiente para la penetración?	
<input type="checkbox"/>	Nunca/Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Algunas veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre/Siempre
3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado su pareja?	
<input type="checkbox"/>	Nunca/Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Algunas veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)



	Casi siempre/Siempre
4. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil es mantener su erección hasta el final del acto sexual?	
	Extremadamente difícil
	Muy difícil
	Difícil
	Ligeramente difícil
	No es difícil
5. Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia eran satisfactorias para usted?	
	Nunca/Casi nunca
	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
	Algunas veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
	Casi siempre/Siempre

INSTRUMENTO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL. Validado en Perú en una muestra de 75 hombres entre 18 y 60 años. Luis Zegarra, César Loza, Violeta Pérez.

#### Anexo 4: Viñetas COOP/WONCA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-MSP

SEDE SANTO DOMINGO

Estudio del efecto de la disfunción sexual sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos que acuden a la clínica de crónico metabólicos del centro de salud “los rosales”, santo domingo de los Tsáchilas desde octubre a noviembre de 2016

Autoras: Md. Paulina Mayorga, Md. Glenda Duchi

#### VIÑETAS COOP/WONCA

Forma física		Sentimientos			
Durante las 2 últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?		Durante las 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza y desánimo?			
Muy intensa (por ejemplo como deprisa)		1	Nada, en absoluto		1
Intensa (por ejemplo como con suavidad)		2	Un poco		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3	Moderadamente		3
Ligera (por ejemplo caminar despacio)		4	Bastante		4
Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)		5	Intensamente		5

Actividades sociales		Actividades cotidianas		Cambio el estado de salud	
¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos, grupos?		Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?		¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?	
No, nada, en absoluto		1	Ninguna dificultad		1
Ligeramente		2	Un poco de dificultad		2
Moderadamente		3	Dificultad moderada		3
Bastante		4	Mucha dificultad		4
Muchísimo		5	Toda, no se ha podido hacer nada		5

Estado Salud		Dolor		
Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?		Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha soportado?		
Excelente		1	Nada de dolor	
Muy buena		2	Dolor muy leve	
Buena		3	Dolor ligero	
Regular		4	Dolor moderado	
Malísima		5	Dolor intenso	

Cuestionario COOP/WONCA, Validado en Cuba en una muestra de para pacientes con osteoartritis. Urbano Solís Cartas, Isabel María Hernández Cuéllar, Arelis de Armas Hernández, Alberto Ulloa Alfonso.

*Anexo 5: Consentimiento Informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la consulta externa de la Clínica de Crónicos Metabólicos del circuito de salud 23D02 Los Rosales, que se les invita a participar en la investigación cuyo objetivo es realizar el Estudio sobre el efecto de la disfunción sexual sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos que acuden a la clínica de crónico metabólicos del centro de salud “Los Rosales”, Santo Domingo de los Tsáchilas desde octubre a noviembre de 2016

Investigadores principales: Glenda Duchi, Paulina Mayorga.

Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Sede donde se realizará el estudio: Circuito de Salud 23D02 Los Rosales de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas (Ecuador).

Línea de investigación: Enfermedades crónicas no transmisibles.

**PARTE I: Información.**

Nosotros somos las médicas posgradistas de medicina familiar y comunitaria, investigamos para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La investigación es sobre el estudio del efecto de la disfunción sexual sobre la calidad de vida, que es muy común en este país, y no hay estudios sobre la misma. Le vamos a dar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no

en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

La disfunción sexual es una importante preocupación para las personas con diabetes. La prevalencia de la disfunción eréctil (DE) aumenta con la edad y es común en hombres con enfermedades sistémicas como la hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca o diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible con estimaciones globales de 387 millones de adultos en todo el mundo en el 2014 y se prevé que aumente la cifra rápidamente en los próximos años, de la cual el 90% son diabéticos tipo 2 que afecta generalmente a los individuos de mediana edad o mayores.

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizará los siguientes procedimientos, esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo para esta investigación que incluirá:

- La aplicación del test IIEF-5, permite evaluar la disfunción eréctil
- La aplicación del test FSM, permite evaluar la disfunción sexual femenina
- La aplicación del test viñetas COOP/WONCA ficha de observación y ficha de encuesta que mide la calidad de vida

Estamos invitando a todas las personas del acuden a la consulta externa que sean diabéticos tipo 2 del circuito de salud 23D02 Los Rosales para participar en la investigación con el tema antes mencionado.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo tanto si elige participar o no continuaran todos los servicios que recibe en este club y nada cambiara. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. La investigación durara cinco meses. Nos gustaría tener un encuentro con usted por una sola ocasión.

Si usted participa en esta investigación puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando las investigadoras responsables no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a las investigadoras responsables, usted tendrá los siguientes beneficios: los resultados obtenidos serán usados para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información

confidencial. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación si desea hacer preguntas más tarde puede contactarse con cualquiera de las siguientes personas:

Glenda Duchi; circuito de salud 23D02 Los Rosales; 2761326;  
[gmaribel1486@hotmail.com](mailto:gmaribel1486@hotmail.com).

Paulina Mayorga; circuito de salud 23D02 Los Rosales; 2761326;  
[pulymayorga@hotmail.com](mailto:pulymayorga@hotmail.com).

#### **Declaración del Voluntario-**

Yo: .....; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en una evaluación tipo test a través de entrevista personal.

La investigación a realizarse es: “estudio sobre el efecto de la disfunción sexual sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos que acuden a la clínica de crónico metabólicos del centro de salud “Los Rosales”, santo domingo de los Tsáchilas desde octubre a noviembre de 2016””, que la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el Centro de Salud “Los Rosales” dirigen.

Los Médicos responsable de mi participación serán el Md. Glenda Maribel Duchi Ushca y Md. Ivette Paulina Mayorga Villacrés; además de sus tutores el Dr. Ricardo Recalde Navarrete y el Dr. Carlos Troya Altamirano; quienes además me ha

garantizado la confidencialidad de la información que de mi obtenga, la cual será utilizada exclusivamente para los objetivos de la citada investigación. Podré abandonar este estudio en cualquier momento, sin que ello tenga repercusión alguna sobre mi persona. Entiendo que este estudio no implica ningún tipo de intervención sobre mi situación de salud. Además, tendré la potestad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. No seré sujeto a recibir remuneración alguna.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Firma del Paciente:.....

C.c. No.

Fecha:

Esta parte debe ser completada por las Investigadoras (o su representante):

Hemos explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicamos de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Aceptamos que hemos leído y conocemos la normativa correspondiente para realizar investigaciones con seres humanos y nos apegamos a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Firma de las investigadoras

---

---

Nombre del paciente:

---



*Anexo 6: T de Student de Calidad de Vida y Edad*

**Estadísticas de grupo**

	EDAD	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CALIDAD DE VIDA	> 61 años	84	18,79	5,460	,596
	< 61 años	100	17,74	5,722	,572

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	,261	,610	1,261	182	,209	1,046	,829	-,591	2,682
	No se asumen varianzas iguales			1,266	179,036	,207	1,046	,826	-,584	2,676

*Anexo 7: T de Student de Calidad de Vida y Sexo*

**Estadísticas de grupo**

	SEXO DEL PACIENTE	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	DE MUJER	127	18,43	5,677	,504
	HOMBRE	57	17,75	5,488	,727

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	,071	,790	,749	182	,455	,671	,896	-1,097	2,439
	No se asumen varianzas iguales			,758	111,302	,450	,671	,884	-1,082	2,423

*Anexo 8: T de Student de Calidad de Vida y Diagnóstico*

**Estadísticas de grupo**

	DIAGNÓSTICO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	DE DM-HTA	103	18,09	5,688	,560
	DM	81	18,38	5,547	,616

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	,100	,752	-,353	182	,724	-,295	,836	-1,944	1,353
	No se asumen varianzas iguales			-,355	173,807	,723	-,295	,833	-1,939	1,349

*Anexo 9: T de Student de Calidad de Vida y Años de Diagnóstico y*

**Estadísticas de grupo**

	<b>AÑOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD</b>	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	> 10 años	24	19,00	6,646	1,357
	< 10 años	69	17,20	4,904	,590

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
CALIDAD DE VIDA	Se asumen varianzas iguales	4,892	,029	1,405	91	,163	1,797	1,279	-,744	4,338
	No se asumen varianzas iguales			1,215	32,145	,233	1,797	1,480	-,1216	4,810

*Anexo10: T de Student de y Calidad de Vida y Estado Civil*

**Estadísticas de grupo**

	ESTADO_CIVIL	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SIN PAREJA ESTABLE	69	19,23	5,531	,666
	CON PAREJA ESTABLE	115	17,61	5,597	,522

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	,002	,968	1,913	182	,057	1,623	,849	-,051	3,297
	No se asumen varianzas iguales			1,919	144,658	,057	1,623	,846	-,049	3,295

*Anexo 11: T de Student de Calidad de Vida y Escolaridad*

**Estadísticas de grupo**

	<b>ESCOLARIDAD</b>	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SIN ESCOLARIDAD	14	19,07	6,330	1,692
	CON ESCOLARIDAD	170	18,15	5,565	,427

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	1,223	,270	,591	182	,555	,924	1,563	-2,160	4,009
	No se asumen varianzas iguales			,530	14,703	,604	,924	1,745	-2,801	4,650

*Anexo 12: T de Student de Calidad de Vida y Disfunción Eréctil*

**Estadísticas de grupo**

	<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL</b>	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SI	49	18,29	5,664	,809
	NO	8	14,50	2,619	,926

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Se asumen varianzas iguales  No se asumen varianzas iguales	5,075	,028	1,848	55	,070	3,786	2,049	-,321	7,892
			3,079	20,071	,006	3,786	1,230	1,221	6,350

*Anexo 13: T de Student de Calidad de Vida y DSF- Deseo*

Estadísticas de grupo					
	DSF DESEO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CALIDAD DE VIDA	SI	105	18,72	5,787	,565
	NO	22	17,00	4,995	1,065

Prueba de muestras independientes									
	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales	1,326	,252	1,298	125	,197	1,724	1,328	-,904	4,351
			1,430	33,930	,162		1,205	-,726	4,174



*Anexo 14: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Excitación*

	DSF EXCITACIÓN	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CALIDAD DE VIDA SI		84	19,20	5,596	,611
NO		43	16,91	5,588	,852

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Se asumen varianzas iguales	,000	,983	2,188	125	,030	2,295	1,049	,220	4,371	
No se asumen varianzas iguales			2,189	84,875	,031	2,295	1,048	,211	4,380	

*Anexo 15: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Lubricación*

**Estadísticas de grupo**

	<b>DSF LUBRICACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Media de error estándar</b>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SI	84	19,35	5,809	,634
	NO	43	16,63	5,000	,763

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	1,778	,185	2,611	125	,010	2,717	1,041	,657	4,777
	No se asumen varianzas iguales			2,740	96,726	,007	2,717	,992	,749	4,685

*Anexo 16: T de Student de Calidad de Vida y DSF-Orgasmo*

**Estadísticas de grupo**

	DSF ORGASMO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SI	71	19,34	5,712	,678
	NO	56	17,27	5,466	,730

**Prueba de muestras independientes**

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
CALIDAD DE VIDA	Se asumen varianzas iguales	,258	,612	2,067	125	,041	2,070	1,002	,088	4,053
	No se asumen varianzas iguales			2,077	120,383	,040	2,070	,996	,097	4,043

*Anexo 17: T de Student de Problemas de Penetración Vaginal*

**Estadísticas de grupo**

	DSF PROBLEMAS CON LA PENETRACIÓN VAGINAL	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE SI VIDA</b>		39	20,62	5,856	,938
	NO	88	17,45	5,347	,570

**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
<b>CALIDA</b> Se asumen <b>D DE</b> varianzas <b>VIDA</b> iguales  No se asumen varianzas iguales	2,051	,155	2,984	125	,003	3,161	1,059	1,064	5,257
			2,880	67,261	,005	3,161	1,097	,971	5,351

*Anexo 18: T de Student de Calidad de Vida y DSF- Ansiedad Anticipatoria*

**Estadísticas de grupo**

	<b>DSF ANSIEDAD ANTICIPATORIA</b>	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	SI	42	20,38	5,618	,867
	NO	85	17,46	5,485	,595

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Se asumen varianzas iguales	,207	,650	2,802	125	,006	2,922	1,043	,858	4,986
	No se asumen varianzas iguales			2,779	80,053	,007	2,922	1,051	,830	5,014

## Anexo 19: Estimación de riesgo de edad y calidad de vida

Tabla cruzada EDAD\*CALIDAD DE VIDA

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA CV	BUENA CV	
EDAD > 61 años	45	39	84
< 61 años	40	60	100
Total	85	99	184

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,383 <sup>a</sup>	1	,066	,076	,045
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,859	1	,091		
Razón de verosimilitud	3,390	1	,066		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	3,365	1	,067		
N de casos válidos	184				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 38,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (> 61 años / < 61 años)	1,731	,963	3,111
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,339	,980	1,829
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,774	,585	1,024
N de casos válidos	184		

*Anexo 20: Estimación de riesgo de Sexo y Calidad de Vida*

**Tabla cruzada SEXO DEL PACIENTE\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
SEXO DEL PACIENTE	MUJER	62	65	127
	HOMBRE	23	34	57
Total		85	99	184

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,135 <sup>a</sup>	1	,287	,338	,183
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,820	1	,365		
Razón de verosimilitud	1,141	1	,285		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,129	1	,288		
N de casos válidos	184				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,33.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO DEL PACIENTE (MUJER / HOMBRE)	1,410	,749	2,656
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA CV	1,210	,842	1,738
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA CV	,858	,653	1,127
N de casos válidos	184		

*Anexo 21: Estimación de Riesgo de Diagnóstico y Calidad de Vida*

**Tabla cruzada DIAGNÓSTICO DE PACIENTE\*CALIDAD DE VIDA**

Recuento

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
DIAGNÓSTICO DE DM-HTA		45	58	103
PACIENTE DM		40	41	81
Total		85	99	184

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,591 <sup>a</sup>	1	,442	,460	,268
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,384	1	,535		
Razón de verosimilitud	,591	1	,442		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,588	1	,443		
N de casos válidos	184				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 37,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para DIAGNÓSTICO DE PACIENTE (DM-HTA / DM)	,795	,443	1,426
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	,885	,648	1,207
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	1,112	,846	1,463
N de casos válidos	184		



*Anexo 22: Estimación de riesgo de Años de diagnóstico y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada AÑOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD M\*CALIDAD DE VIDA**

Recuento

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA	BUENA	
AÑOS DIAGNÓSTICO DE > 10 años	11	13	24
ENFERMEDAD < 10 años	28	41	69
Total	39	54	93

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,202 <sup>a</sup>	1	,653	,811	,415
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,044	1	,834		
Razón de verosimilitud	,201	1	,654		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,200	1	,655		
N de casos válidos	93				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AÑOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD (> 10 años / < 10 años)	1,239	,486	3,158
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,129	,671	1,900
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,912	,601	1,383
N de casos válidos	93		

*Anexo 23: Estimación de riesgo de Nivel de Escolaridad y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada ESCOLARIDAD\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
ESCOLARIDAD	SIN ESCOLARIDAD	6	8	14
	CON ESCOLARIDAD	79	91	170
Total		85	99	184

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,068 <sup>a</sup>	1	,794	1,000	,510
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,068	1	,794		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,068	1	,795		
N de casos válidos	184				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,47.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ESCOLARIDAD (SIN ESCOLARIDAD / CON ESCOLARIDAD)	,864	,287	2,597
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	,922	,493	1,725
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	1,068	,664	1,716
N de casos válidos	184		

*Anexo 24: Estimación de riesgo para Estado Civil y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada EST\_CIV\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
EST_CIV	SIN PAREJA ESTABLE	37	32	69
	CON PAREJA ESTABLE	48	67	115
Total		85	99	184

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,450 <sup>a</sup>	1	,117	,129	,079
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,996	1	,158		
Razón de verosimilitud	2,450	1	,118		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,437	1	,118		
N de casos válidos	184				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,88.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EST_CIV_1 (SIN PAREJA ESTABLE / CON PAREJA ESTABLE)	1,614	,885	2,944
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,285	,944	1,748
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,796	,591	1,071
N de casos válidos	184		

*Anexo 25: Estimacion de Riesgo de Disfunción Eréctil y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada DISFUNCIÓN MASCULINA\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
DISFUNCIÓN MASCULINA	SI	26	23	49
	NO	8	0	8
Total		34	23	57

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,295 <sup>a</sup>	1	,012	,016	,011
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,496	1	,034		
Razón de verosimilitud	9,138	1	,003		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	6,185	1	,013		
N de casos válidos	57				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,23.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
	Inferior	Superior
,531	,408	,690
57		

*Anexo 26: Estimación de Riesgo de DSF-Deseo y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada DSF DESEO\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
1. DF DESEO	SI	55	50	105
	NO	7	15	22
Total		62	65	127

Tablas de grado de libertad

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral) (p)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,078 <sup>a</sup>	1	,079	,102	,063
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,310	1	,129		
Razón de verosimilitud	3,144	1	,076		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	3,054	1	,081		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,74.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 1. DF DESEO (SI / NO)	2,357	,889	6,252
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,646	,870	3,117
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,698	,493	,990
N de casos válidos	127		

*Anexo 27: Estimación de Riesgo de DSF-Excitación y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada. DSF EXCITACIÓN\*CALIDAD DE VIDA**

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA	BUENA	
2. DF EXITACIÓN SI	48	36	84
NO	14	29	43
Total	62	65	127

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,880 <sup>a</sup>	1	,009	,014	,007
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5,931	1	,015		
Razón de verosimilitud	6,994	1	,008		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	6,826	1	,009		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 2. DF EXITACIÓN (SI / NO)	2,762	1,278	5,968
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,755	1,099	2,804
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,635	,460	,877
N de casos válidos	127		

*Anexo 28: Estimación de Riesgo de DSF-Lubricación y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada. DSF LUBRICACIÓN\*CALIDAD DE VIDA**

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA	BUENA	
3. DF LUBRICACIÓN SI	47	37	84
NO	15	28	43
Total	62	65	127

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,053 <sup>a</sup>	1	,025	,038	,019
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,245	1	,039		
Razón de verosimilitud	5,115	1	,024		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,013	1	,025		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 3. DF LUBRICACIÓN (SI / NO)	2,371	1,108	5,074
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,604	1,022	2,516
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,676	,489	,937
N de casos válidos	127		

*Anexo 29: Estimación de Riesgo de DSF-Orgasmo y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada. DSF ORGASMO\*CALIDAD DE VIDA**

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA	BUENA	
4. DF ORGASMO SI	41	30	71
NO	21	35	56
Total	62	65	127

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,136 <sup>a</sup>	1	,023	,032	,018
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,358	1	,037		
Razón de verosimilitud	5,178	1	,023		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,096	1	,024		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 4. DF ORGASMO (SI / NO)	2,278	1,112	4,667
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA	1,540	1,040	2,280
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA	,676	,482	,949
N de casos válidos	127		



*Anexo 30: Estimación de Riesgo de Problemas con la Penetración y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada. DSF PROBLEMAS DE PENETRACIÓN VAGINAL\*CALIDAD DE VIDA**

	CALIDAD DE VIDA		Total
	MALA	BUENA	
5. DF PROBLEMAS DE SI PENETRACIÓN	24	15	39
NO	38	50	88
Total	62	65	127

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,644 <sup>a</sup>	1	,056	,083	,043
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,947	1	,086		
Razón de verosimilitud	3,666	1	,056		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	3,616	1	,057		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 5. DF PROBLEMAS DE PENETRACIÓN VAGINAL (SI / NO)	2,105	,974	4,550
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA CV	1,425	1,009	2,012
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA CV	,677	,437	1,048
N de casos válidos	127		

*Anexo 31: Estimación de Riesgo de DSF-Ansiedad Anticipatoria y Mala Calidad de Vida*

**Tabla cruzada 6. DSF ANSIEDAD ANTICIPADA\*CALIDAD DE VIDA**

		CALIDAD DE VIDA		Total
		MALA	BUENA	
6. DSF ANSIEDAD	SI	29	13	42
ANTICIPADA	NO	33	52	85
Total		62	65	127

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,277 <sup>a</sup>	1	,001	,002	,001
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	9,103	1	,003		
Razón de verosimilitud	10,464	1	,001		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	10,196	1	,001		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para 6. DSF ANSIEDAD ANTICIPADA (SI / NO)	3,515	1,601	7,717
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= MALA CV	1,778	1,272	2,486
Para cohorte CALIDAD DE VIDA= BUENA CV	,506	,312	,820
N de casos válidos	127		

## CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN

### Abstract

Diabetes is one of the most prevalent chronic diseases, affecting sexual activity and Quality of Life, which is why this association was analyzed.

**Method:** A cross-sectional descriptive study was performed in patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus between the ages of 30 and 81, at the Los Rosales Health Center; The data collection was performed with the application of the IIEF-5 test, FSM to evaluate Sexual Dysfunction in men and women, quality of life with COOP / WONCA vignettes, statistical analysis was performed with the SPSS v23.0 program.

**Results:** Thirty-seven women and 57 men were surveyed, 68.5% had female sexual dysfunction and 85.96% presented Erectile Dysfunction. The risk factors for poor quality of life were age greater than 61 years (OR: 1.731, CI: 0.963-3.11), female sex (OR: 1.41, CI: 0.749-2.656), have more than 10 Years of diagnosis (OR: 1,239, CI: 0,443-1,426), all domains of female sexual function except Desire are risk factors for poor quality of life. Erectile Dysfunction was statistically significant ( $t = 0.006$ ), but this was verified by t-student's test, but could not be verified with the OR neither 95% CI.

**Keywords:** Diabetes mellitus type 2, sexual dysfunction, quality of life.



PlagScan Resultados del Análisis de los plagios del 2017-02-02 21:34 UTC

6.0%

para plagscan1.docx

Fecha: 2017-02-02 21:26 UTC

★ Todas las fuentes 95 Fuentes de internet 21

- |                                     |      |   |      |               |
|-------------------------------------|------|---|------|---------------|
| <input type="checkbox"/>            | [0]  | <a href="https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf">diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf</a>   | 0.0% | 15 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [1]  | <a href="https://slideplayer.es/slide/1587720/">slideplayer.es/slide/1587720/</a>   | 0.0% | 19 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [2]  | <a href="https://prezi.com/cwactagx16w6/familia-conceptos/">https://prezi.com/cwactagx16w6/familia-conceptos/</a>   | 0.0% | 19 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [3]  | <a href="https://slideplayer.es/slide/1587722/">slideplayer.es/slide/1587722/</a>   | 0.0% | 19 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [4]  | <a href="http://www.powershow.com/view/1/278ad9-ZDc1Z/LA...int_ppt_presentation">www.powershow.com/view/1/278ad9-ZDc1Z/LA...int_ppt_presentation</a>                                    | 0.0% | 19 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [5]  | <a href="https://www.slideshare.net/ErikGonzales1/clase-3-familia-modo-de-compatibilidad-reparado">www.slideshare.net/ErikGonzales1/clase-3-familia-modo-de-compatibilidad-reparado</a> | 0.0% | 18 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [6]  | <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2n09.pdf">www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2n09.pdf</a>  | 0.0% | 21 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [7]  | <a href="http://www.eumed.net/rev/ccsa/04/mgmi.htm">www.eumed.net/rev/ccsa/04/mgmi.htm</a>  | 0.0% | 17 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [8]  | <a href="https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63807/1/IX_Symposium.pdf">diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63807/1/IX_Symposium.pdf</a>                                       | 0.0% | 15 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [9]  | <a href="https://es.slideshare.net/natho/fam-obj-estudio2011">es.slideshare.net/natho/fam-obj-estudio2011</a>   | 0.0% | 18 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [10] | <a href="http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2n03.pdf">www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2n03.pdf</a>  | 0.0% | 16 resultados |
| <input checked="" type="checkbox"/> | [11] | <a href="https://documents.tips/documents/fam-obj-estudio2011.html">documents.tips/documents/fam-obj-estudio2011.html</a>   | 2.4% | 17 resultados |
| <input type="checkbox"/>            | [12] | <a href="http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2014/cre142c.pdf">www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2014/cre142c.pdf</a>  | 0.0% | 16 resultados |
|                                     |      | 1 documento con coincidencias exactas   |      |               |
| <input type="checkbox"/>            | [14] | <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1817-59962014000200003">scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1817-59962014000200003</a>            | 0.0% | 16 resultados |